



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Nelida Cervone

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Leandro Rodríguez Ares

TÍTULO DEL TRABAJO:

Las posibilidades de intervención psicoanalítica ante un cuadro de desvitalización psicótica grave. Estudio de caso

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Karina Di Benedetto

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Marzo 2023

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

Índice

Agradecimientos	2
Introducción	3
Objetivo General.....	5
Justificación	6
Clínica actual de la psicosis.....	6
Definición y prevalencia de los trastornos alimentarios	8
Trastornos de la conducta alimentaria y Psicosis	11
Marco Teórico	13
Definición de Psicosis	13
Mecanismo constitutivo de la Psicosis.....	15
Sobre la construcción de un cuerpo	20
El cuerpo en la psicosis.....	24
Clínica de la Psicosis	27
El fenómeno anoréxico en la estructura psicótica.....	31
Dos pasiones en la Anorexia Psicótica	32
Metodología.....	34
Desarrollo del caso.....	35
Las posibilidades de intervención	42
La transferencia posible	45
Conclusión	50
Referencias Bibliográficas.....	52
Viñeta Clínica - Ana	56

Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a las autoridades de la Carrera de Psicología: Dra. Nelida Cervone y Lic. Diego Feder por el constante apoyo recibido a lo largo de este trayecto.

Una mención especial para todos aquellos docentes que me han inculcado el amor por el Psicoanálisis y muy especialmente al cariño y apoyo de mi tutora; Lic. Karina Di Benedetto por su guía, saber y paciencia en la confección de este trabajo.

A mi Familia y seres queridos por la comprensión y el amor que me brindaron siempre.

Introducción

En la clínica psicoanalítica actual el abordaje de los pacientes graves se ha visto enriquecido con nuevas perspectivas que permiten mejorar notablemente la calidad de vida de los mismos. Asistimos a presentaciones sintomáticas que desafían y ponen a prueba las posibilidades de creación e invención con relación al dispositivo analítico.

El abordaje de los cuadros psicóticos ha tenido un recorrido particular: comenzando con los desarrollos freudianos expresados en el “Caso Shreber” que abren a la suposición de un sujeto de la psicosis e interroga las posibilidades de transferencia. Lacan por su parte, propone un dispositivo de trabajo para la psicosis a partir de sus desarrollos sobre el significante Nombre del padre forjado a partir de los textos freudianos.

En este marco, surge la posibilidad de trabajar con una paciente internada con diagnóstico psiquiátrico de Trastorno de la Conducta Alimentaria y depresión psicótica. Esta presentación diagnóstica se considera solidaria con un modelo médico que entiende la patología mental como una lista de síntomas definidos y aplicables universalmente, dejando por fuera la dimensión subjetiva del padecimiento y el sentido que éste adquiere en la historia vital del sujeto.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, este cuadro quedaría enmarcado dentro de un diagnóstico estructural de psicosis donde el fenómeno anoréxico podría pensarse como el delirio que sostiene el derrumbe imaginario y que habilita la vivencia de un cuerpo unificado.

El trabajo con pacientes graves implica un desafío teórico y práctico para la clínica. Teórico en el sentido que demanda explicaciones novedosas que den cuenta de los fenómenos que aparecen apoyados en la “doctrina” psicoanalítica histórica; y práctica porque el modo de intervención se aleja del modelo clásico del encuadre psicoanalítico y requiere de una modalidad particular. Muchas veces, el analista debe poner su cuerpo como un modo de intervención, como en este caso, ayudando al paciente en la movilidad, sirviendo agua, sosteniendo el vaso o limpiando su boca; lo cual lo aleja del despliegue transferencial clásico. El propio movimiento del analista es el que puede poner algo de vitalidad donde domina la “nada” y la pulsión de muerte.

Este trabajo propone pensar las formas de intervención posible frente a un cuadro de desvitalización psicótica donde la anorexia no puede ser aislada como patología psiquiátrica descontextualizada, ignorando el papel que cumple en su relación con la economía afectiva del sujeto. Por el contrario, se propone articularla con los desarrollos sobre el cuerpo y el goce en la psicosis considerándola un efecto de ello.

Para el abordaje de este trabajo se tomará referencia de Freud y Lacan, así como autores psicoanalíticos contemporáneos que continúan con su enseñanza. También se tendrá en cuenta el estado del arte en relación a la prevalencia de la anorexia en la población de adultos mayores; donde quedará en evidencia la necesidad de nuevas investigaciones; que permitan caracterizar la presentación clínica de este cuadro en poblaciones que no sean de adolescentes o jóvenes.

Finalmente, la utilidad del estudio de caso adquiere valor por su aporte al tratamiento de pacientes graves comprendiendo el fenómeno de desvitalización corporal y su presentación a través del fenómeno anoréxico. Esto orientará el tipo de intervención posible y sus características; que irremediamente guardarán relación con el tipo de estructura psíquica en la cual se desarrolla. Recurrir a contextualizar este padecimiento con la historia del sujeto; entendiendo que allí es donde podemos maniobrar; será lo que orientará las “invenciones” posibles en la dirección de la cura, devolviéndole su carácter particular.

Objetivo General

Analizar las particularidades que adquiere la intervención del analista frente a un cuadro de desvitalización psicótica grave a partir de un estudio de caso.

Objetivos específicos

1. Relacionar las características que adquiere el cuerpo en la psicosis con el rasgo diferencial de la anorexia como expresión de delirio subjetivo.
2. Explicitar las dificultades que obstaculizan el despliegue transferencial y la posición singular del analista en un caso de psicosis grave.
3. Diferenciar las intervenciones desde el psicoanálisis de la cura propuesta por otros saberes médicos.
4. Entender la intervención analítica como un intento de revitalizar un cuerpo.

Justificación

La temática de la investigación parte del objetivo de dar cumplimiento al requisito del Trabajo Integrador Final. La inquietud consiste en identificar las posibilidades y alcances de la intervención analítica frente a un caso clínico de psicosis que presenta una marcada desvitalización y un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y depresión psicótica realizado por los profesionales psiquiátricos que atienden el caso.

La particularidad de este caso consiste en la presencia del fenómeno anoréxico como expresión del delirio subjetivo poniendo en evidencia las manifestaciones del cuerpo en la psicosis.

El presente trabajo intenta identificar aquellos desafíos que enfrenta la profesión del psicólogo frente a cuadros que presentan sintomatologías complejas y que deberán estar enmarcados en un diagnóstico estructural que funcione como brújula del tipo de intervención posible.

Clínica actual de la psicosis

En la actualidad, encontramos que el tratamiento psicofarmacológico tiende a ser dominante en el abordaje de la psicosis. Con el retorno de la psiquiatría positivista (**Galende, 2008**) y el auge del paradigma neuropsiquiátrico que ha incidido en la crisis del modelo DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) desde los inicios del siglo XX, algunos autores anuncian con preocupación el fin de la clínica en las prácticas en salud mental (**Laurent, 2014; Bassols, 2014**). En efecto, como lo señala **Maleval (2009)**, «ya no se parte de la observación del sujeto, sino de la eficacia de la molécula». El efecto poco específico de las terapéuticas biológicas, que se basan en la expresión de la conducta, ha vuelto irrisoria la investigación del detalle clínico y de las aproximaciones fenomenológicas. Esta Tendencia, que se inauguró en la década de los cincuenta con el descubrimiento de la clorpromazina y las nuevas promesas farmacológicas en el tratamiento de los padecimientos mentales, ha desembocado en la evacuación del saber clínico de la psiquiatría clásica. Tal como lo señalaba **Bercherie (1980)** hace más de treinta años, la clínica psiquiátrica clásica está siendo reemplazada por las esquematizaciones de una semiología cuantitativa.

Si bien en el campo de la psiquiatría se reconocen algunos tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia, como lo son las terapias cognitivo-conductuales y la psicoeducación (**Domínguez et al., 2011**), en la literatura académica psiquiátrica y del campo de la salud mental, rara vez se incluyen las innovaciones, tanto teóricas como clínicas, del tratamiento psicoanalítico de la psicosis. Este, por su lado, presenta sus propios canales de difusión en congresos y revistas especializadas, así como sus aplicaciones en prácticas

institucionales y privadas concretas que dan cuenta de su eficacia terapéutica y de una posición ético-política que preserva un lugar para el sujeto de la enunciación, sosteniendo una posición crítica frente a las prácticas que forcluyen la subjetividad del campo de la salud mental **(Castro, 2013)**

En la clínica psicoanalítica, psicosis y neurosis constituyen estructuras subjetivas, lo que las distingue claramente de las nociones psiquiátricas de enfermedad o trastorno mental. Estas últimas, propias de un enfoque médico que, en tanto intentan objetivar una patología; lo hacen introduciendo una perspectiva deficitaria sobre el sujeto. Por el contrario, las estructuras se refieren al modo en que nos constituimos en tanto hablantes. Cada una tiene sus propias formas de estabilidad, compensaciones, desencadenamientos, crisis, invenciones y soluciones. Señalan distintos modos de habitar el lenguaje, de construir un cuerpo y regular el campo libidinal, y sobre ellas el psicoanálisis construye sus diagnósticos. En la perspectiva Freudiana, el trabajo con la clínica de de las psicosis era inicialmente contraindicado ya que no permitía el desarrollo de la transferencia como condición para el tratamiento analítico **(Bernal, H. A. 2009)**.

En la perspectiva freudiana, el trabajo con la clínica de las psicosis era inicialmente contraindicado, a la vez que se abre esta posibilidad, con la advertencia de que es necesario pensar en modificaciones en el método psicoanalítico, para que este tratamiento sea posible: *“Las psicosis (...) son inadecuadas para el psicoanálisis, al menos como se ha practicado hasta ahora”* **(Freud, S. 1904)**. La dificultad encontrada no estaba exactamente del lado del psicótico sino del lado del analista en la transferencia. Señalando que el delirio es el intento de cura o solución en la psicosis, es decir, hay un movimiento del psicótico hacia la estabilización. Sin embargo, la especificidad de la transferencia en este tipo de estructura haría inviable su tratamiento analítico; ya que no permiten que se instale la regla fundamental.

La libido tiene dos destinos, una parte permanece en el yo y la otra se invierte en objetos externos, sin embargo, en la psicosis, se retiene sólo en el yo. No hay inversión en objeto externo, por lo que el establecimiento de la transferencia en la psicosis es de otro orden, requiriendo otra gestión. No se trata de rechazar la transferencia en la psicosis, pero ésta es diferente de la neurosis de transferencia.

Jaques Lacan; formado en la psiquiatría clásica francesa, retoma las teorizaciones de Freud y le otorga un lugar al tratamiento posible de la psicosis. Partiendo de aquello que esta clínica había intuido en numerosos fenómenos; que van desde el más sutil eco del pensamiento; hasta los más evidentes como la alucinación verbal entendida como la presencia de un significante que irrumpe por fuera de las coordenadas simbólicas del sujeto **(Urriolagoitia, G. 2012)**. Este tipo de retorno implica una relación diferente al lenguaje y sus efectos de significación, no se orientan edípicamente. Se trata de lo que Lacan comenzó a

formular en los años cincuenta como forclusión del Nombre del padre y retorno en lo real, para diferenciarlo de la represión neurótica y su retorno en ubicado en el registro simbólico. Esta distinción fue fundamental para comenzar a reelaborar una clínica psicoanalítica de la psicosis. Señala que lo que se establece entre el analista y el paciente psicótico, es que el analista siempre permanecerá en la posición especular imaginaria. El psicótico se dirige al analista como alguien que está en el lugar del que escucha. No importa lo que hable, pero sabe que hay alguien que le escucha. A partir de esta escucha, el analista le otorga un sentido de importancia a los dichos del paciente. En la neurosis, el paciente pone al analista en el lugar del sujeto que se supone que sabe y en la psicosis, el paciente le dice al analista lo que sabe de sí mismo. En la psicosis, el analista no puede extrapolar su condición sólo como quien escucha, no prescribe conductas, sino que señala caminos. Quien dirige el tratamiento es el psicótico, pues él mismo sigue interpretando sus síntomas como procedentes de sus delirios. Se trata entonces de implementar estrategias para ponerle un muro al goce, una distancia que separe al psicótico del goce. Así, el analista puede encontrar un lugar posible; el de "testigo" como lo afirma Colette Soler (**Colette Soler, 1991**). El psicótico viene a dar su testimonio y un testigo es alguien a quien no se le supone un saber, no goza y fundamentalmente alguien que presenta un vacío en el cual el sujeto puede alojar su testimonio. Además, es importante para esta autora estar muy atentos a la producción creativa del sujeto, sosteniendo la posibilidad de generar algún lazo social.

Otro lugar posible es el señalado por Lacan (**Lacan, J. 1955**) como "Secretario del alienado". Esto no implica un lugar pasivo, sino el lugar del que acompaña, escucha, lleva la agenda por así decir y fundamentalmente organiza. Esto supone un modo de introducir una función de límite. El lugar del analista en la psicosis también se puede pensar como el recorrido de un camino inverso al que sigue en las neurosis de transferencia, ya que lo que prima es la desorganización y el camino es hacia la organización. La problemática no se plantea como en el caso de las neurosis de transferencia entre represión y retorno de lo reprimido sino entre organización y desorganización, a lo que se agregan los esfuerzos de reorganización.

Definición y prevalencia de los trastornos alimentarios

Estudios recientes demuestran que el 1.8 al 3.8% de las mujeres con más de 60 años han sido diagnosticadas con algún tipo de trastorno alimentario (**Mulchandani, M., 2021**). El 60% tiene anorexia nerviosa presentando comorbilidad con trastornos psiquiátricos y una alta tasa de mortalidad del 21%. Mientras que el reconocimiento de la existencia de cuadros de anorexia nerviosa aumenta en la población de adultos mayores, actualmente, hay un entendimiento acotado acerca de su etiología y sus presentaciones clínicas y mucho menos aún sobre opciones de tratamiento o intervención (**Mulchandani, M.; 2021**). Las

causas de esta situación, en primer lugar, consiste en que la mayoría de las investigaciones sobre la incidencia de este tipo de trastornos en la población de adultos mayores se limitan a estudios de caso o comentarios clínicos. En segundo lugar, la poca consistencia en los abordajes terapéuticos. No existe literatura ni acuerdo sobre el “inicio tardío” de los trastornos alimentarios cuando se reconoce que el 81% de todos los trastornos fueron diagnosticados como Anorexia nerviosa.

La evidencia también demuestra que las intervenciones con resultados positivos fueron la combinación de abordajes psicofarmacológicos y psicológicos, con una respuesta al tratamiento similar en adultos mayores.

Son muy escasos los estudios existentes en la actualidad sobre la evolución de los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adultos. Un grupo reducido de autores son los que aportan datos sobre las tasas de prevalencia a lo largo de la vida aludiendo sólo a poblaciones de mujeres. Varios de estos autores resaltan como dato llamativo que la entidad clínica de los TCA que se manifiesta como más prevalente, tanto en estudios de muestras clínicas como poblacionales, resulta ser el subgrupo conocido como “Otros trastornos de la conducta alimentaria No especificados”, una entidad heterogénea que incluye síndromes parciales de Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, trastorno de purga y el trastorno por atracones (**Pires Mora, G.,2016**).

Concretamente, en lo que se refiere a la Anorexia Nerviosa, existe una contrastada evidencia científica objetiva que aproximadamente el 50% de los pacientes podrán recuperarse (**Long, 2012**). No obstante, hemos de considerar que no todos aquellos individuos con este diagnóstico podrán acceder o recibirán tratamiento. En el caso de aquellos que sí hayan sido tratados; su evolución clínica se ha estimado como sigue: 47% de ellos presentará recuperación; 34% mejoraran; 21% se cronifican, convirtiéndose en un trastorno crónico de alimentación y finalmente; solo el 5% de ellos fallecerán (**Roux, H.; Chapelon, E. y Godard, N. 2013**). Los estudios actuales de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo. La distribución geográfica de esta prevalencia es del 2,2% en Europa, del 3,5% en Asia y del 4,6% en América.

La calidad de la poca evidencia disponible sobre la incidencia de los TCA en adultos mayores sugiere que se hace necesario profundizar en este tipo de estudios con el objetivo de desarrollar tratamientos claros en su abordaje; ya que la Anorexia nerviosa es el desorden alimentario más común diagnosticado en esta población siendo el abordaje interdisciplinario el que presenta mejores tasas de éxito a largo plazo.

Los trastornos de la alimentación generalmente se encuentran asociados a la adolescencia o adultez joven. Sin embargo, una cantidad significativa de adultos mayores - especialmente mujeres - nunca han logrado superar trastornos

alimentarios que experimentaron en sus años de juventud. Un estudio longitudinal de 5 años registró que el 13% de las mujeres mayores de 50 años presentan síntomas compatibles con TCA. Estos trastornos generalmente son sub-diagnosticados, especialmente en aquellos adultos mayores que se encuentran en geriátricos. El establecimiento de la anorexia puede ser insidioso e impredecible, y sus síntomas son frecuentemente ignorados porque siempre hay otra causa por la pérdida de peso, directamente relacionada al proceso de envejecimiento. Es más, los fenómenos clínicos conductuales y psicológicos que podrían intensificar los TCA en adultos mayores pueden progresar sin ser identificados por aquellos cuidadores o familiares e incluso por los pacientes mismos. Estos podrían evolucionar en trastornos afectivos, psicóticos, obsesivos compulsivos y demencia. Por otro lado, la pérdida de peso (intencional o no) puede implicar; en estos pacientes, inmunodepresión, hipotonía y fatiga muscular.

El uso del término anorexia en este trabajo irá siempre encaminado a describir un trastorno de la conducta alimentaria y un modo particular de respuesta del sujeto. El concepto y terminología de la Clínica Mayo al describir la anorexia engloba esta visión:

“... es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso. Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa”. (**Clínica Mayo de Minnesota, 2018**).

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconoce cierta continuidad entre anorexia y bulimia:

“La preocupación por el peso y una sobrevaloración de la silueta y la delgadez se presentan por igual en la anorexia, así como en la bulimia, y la mayoría de las pacientes presentan una combinación de comportamientos bulímicos y Anoréxicos...” (**Am. Psychiatric Ass. 2000**).

Es importante no generalizar al hablar de la anorexia como si fuera una entidad homogénea. Es un cuadro que puede darse en personalidades neuróticas, en personalidades borderline y en personalidades psicóticas.

La anorexia puede ser causada por distintas motivaciones y además por distintos tipos de familias, por distintos tipos de madres o de padres. Un aspecto importante, es diferenciar si la anorexia es la consecuencia de otro trastorno subyacente. Los síntomas anoréxicos son la expresión y la consecuencia de otro trastorno, al que encubren. Este hecho hoy en día no es discutido y lo sostienen tanto las corrientes psicodinámicas como la propia Asociación de Psiquiatría

Americana en su guía para los trastornos de la alimentación anoréxicos”. (**Am. Psychiatric Ass., 2000**).

Trastornos de la conducta alimentaria y Psicosis

Cuando se habla de comorbilidades que puedan desplegarse junto al TCA vemos que son pocos los estudios disponibles o tienden a pasarse por alto. Especialmente en la población adulto mayor se ha investigado poco sobre el nivel de influencia que ejercen las comorbilidades sobre el desarrollo y el curso de la enfermedad. Además, las comorbilidades pueden “enmascarar” la patología. Uno de los factores importantes en el desarrollo de un TCA es la presencia de depresión en adultos mayores. La soledad actúa como un factor estresor importante. Entre los trastornos comórbidos más frecuentes se encuentran la ansiedad y la depresión. La depresión mayor se encuentra asociada al 33% de los TCA (**Aphahamian, I et al., 2021**)

Especialmente a los fines de este trabajo de investigación interesa señalar la comorbilidad de TCA con depresión y psicosis desde una perspectiva psicoanalítica; entendiendo el cuadro melancólico como manifestación particular que adquiere el cuadro depresivo. Se han llevado adelante muchos estudios que tratan sobre este tipo de comorbilidad particular. Muchos autores plantean esta relación en términos causales donde no queda claro si la psicosis puede funcionar como defensa ante la Anorexia Nerviosa o, al revés; si la anorexia sobreviene como parte de un cuadro de psicosis especialmente asociada a Esquizofrenia. Desde esta perspectiva; Seeman (Seeman, M. V. 2014) plantea siete hipótesis sobre la relación entre AN y psicosis:

- I. AN y psicosis son síndromes completamente separados que pueden, por casualidad, ocurrir en la misma persona.
- II. Una condición primaria y causante; de forma secundaria; de la otra. Por ejemplo: la inanición de la AN causa síntomas psicóticos transitorios o inversamente, los síntomas psicóticos se presentan como consecuencia del miedo a la contaminación o de envenenamiento, causando AN secundariamente.
- III. El control de la ingesta alimentaria como un intento de defensa ante la psicosis.
- IV. La distorsión de la imagen corporal como manifestación delirante de un fenómeno psicótico.
- V. Un trastorno como signo primario (prodrómica) de la aparición de otro.
- VI. El uso de antipsicóticos para el tratamiento de la psicosis que inducen un trastorno alimentario.
- VII. Los síntomas psicóticos como marcador de severidad para el trastorno alimentario.

Estas hipótesis sugieren que la interrelación entre el fenómeno psicótico y los trastornos alimentarios es clínicamente relevante e importante de discernir más allá de la concomitancia fenomenológica.

Si analizamos estas hipótesis a la luz de los desarrollos e investigaciones llevadas adelante en el psicoanálisis contemporáneo; la dimensión fenomenológica adquiere otro sentido que se encuentra articulado con la historia subjetiva del sujeto, pudiendo también, valerse de este tipo de hipótesis. Aunque responder a alguna de éstas; no impactará sobre el tratamiento o el tipo de intervención del analista. Ya que la dimensión subjetiva es lo que determinará la dirección de la cura unido a las posibilidades psíquicas con las que cuente el sujeto. Los estudios sobre este tema desde el psicoanálisis, son muy escasos y se centran más que nada en el estudio de caso; pero nunca tomando ambas patologías de forma concomitante.

Marco Teórico

El marco teórico propuesto intentará establecer algunas coordenadas que permitan identificar y conceptualizar las posibilidades de intervención con una paciente psicótica internada en un centro de salud con diagnóstico de Anorexia y Depresión psicótica. Para tal fin, se describen las elaboraciones teóricas que desde el psicoanálisis permiten pensar cómo se manifiesta el cuerpo en la estructura psicótica, para luego pasar a detallar los desarrollos teóricos actuales en cuanto al tratamiento posible de una clínica de la psicosis.

A los fines de este trabajo de investigación, el abordaje será desde una perspectiva psicoanalítica contemporánea.

Definición de Psicosis

En el siglo XVIII, el término psicosis se opone al de neurosis de modo bastante diferente que en nuestros días. Las psicosis eran entendidas como perturbaciones puramente psíquicas, las “chifladuras” de la gente, que no eran referidas por ellos mismos al cuerpo, sino que hallaban su expresión exclusivamente en el campo mental. Las neurosis, por el contrario, eran consideradas de origen somático por pacientes y médicos, a causa de la florida sintomatología corporal que presentaban, la cual era, a su turno, atribuida a lesiones difusas e inespecíficas de los nervios.

La nosología se constituye en el basamento sobre el que se sostienen la psiquiatría actual y la psicología moderna. Se encarga de identificar los trastornos mentales que son derivados de una síntesis de experiencias patológicas subjetivas (alucinaciones entre otros) y de comportamientos anormales objetivos (amnesias, por ejemplo). Desde esta perspectiva; el concepto de “psicosis” fue especificado por vez primera en el año 1845 por Ernest Feuchtersleben con el objetivo de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término al día de hoy; carece de una definición exacta. Esto mismo hace que los límites del concepto sean muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes (**Ban y Ucha Udabe, 1995**).

Para Jaspers (**Jaspers, 1913**) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana”. (**Ban y Ucha Udabe, 1995**)

Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (**Kaplan, Sadock y Grebb, 1994**) destacan tres parámetros que resultan, a juicio de los autores, importantes para delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

El DSM V postula Los trastornos psicóticos como un espectro de alteraciones mentales que van desde trastornos más leves, como el trastorno esquizotípico de la personalidad, hasta la esquizofrenia, en su extremo más complejo. Específicamente el DSM V clasifica los principales trastornos psicóticos como “*espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”. Es importante conocer que la psicosis como síntoma está presente en muchas alteraciones mentales, más allá de las que acoge la categoría de trastornos psicóticos. Por ejemplo, en el trastorno bipolar pueden experimentarse síntomas psicóticos sin que por ello estemos ante un trastorno psicótico en sí.

Según el DSM V son cinco los síntomas que definen un trastorno psicótico. estos son: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta desorganizada y síntomas negativos (abulia, anhedonia, etc.). Como vemos, está profundamente asociada la idea de psicosis con la de Esquizofrenia.

En el CIE-10 (**OMS, 2008**); “psicótico” es un término que tan solo se ha sostenido desde la perspectiva descriptiva. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marca inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Desde el punto de vista psicoanalítico se la define como un trastorno primario de la relación libidinal con la realidad, por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista, con tentativas posteriores de reconexión objetal. La estructura psicótica es una de las vicisitudes posibles en el armado del aparato psíquico de un sujeto, la que surgiría como corolario de una historia de sucesivos fracasos en los distintos momentos constitutivos del psiquismo humano y cuya cima estaría representada por el Edipo. Constituye así, una perturbación global con una desorganización total de las funciones del Yo, a la cual sigue; en ocasiones, una reorganización narcisista, expresada en la construcción de un mundo propio, desde el cual el sujeto se ubica y vive en adelante. (**Facultad de Psicología UBA, 2001**)

Para Kohut (**Kohut, H. 1971**) para las primeras relaciones objetales, posibilitadoras del establecimiento de un self cohesivo, vital y armónico. Para lograrlo, deberá el incipiente self encontrar objetos que lo especularicen y a quienes idealizar.

Para Winnicott "la enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo... y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente... allí será fundamental la provisión de un marco generador de confianza". (**Winnicott, D. 1954**). Aclarando estos conceptos podemos decir que la perturbación intensa y constante en la satisfacción de las necesidades del self, siempre básicas, generan las condiciones para la enfermedad psicótica.

Mecanismo constitutivo de la Psicosis

Desarrollos freudianos

Freud plantea en "Neurosis y Psicosis" (**Freud, S. 1923**) que las diferentes estructuras clínicas resultan de un conflicto entre las instancias psíquicas comprendidas en su segunda tópica. La Neurosis estaría dada por un conflicto entre el Yo y el Ello; las psiconeurosis narcisistas (melancolía) por un conflicto entre el Yo y el Superyó y por último las psicosis por un conflicto entre el Yo y el mundo exterior. En el cuadro comparativo siguiente se resumen las características constitutivas de ambas entidades clínicas:

	Neurosis	Psicosis
1er tiempo	Obediencia - represión	Huida: desmentida. Arranca al Yo de la realidad
<hr/>		
2do tiempo	reacción contra la represión	
	Aflojamiento del nexo con la realidad	Creación de una realidad nueva: fase activa de reconstrucción.
	Intento de huida: evita un fragmento de la realidad	
	Sustitución de la realidad: mundo de fantasía	Reemplaza a la realidad

Fracaso parcial	Se apuntala en un fragmento de la realidad	
	Fracaso de la represión	Delirio /Alucinación
	Síntoma (retorno de lo reprimido)	

Desarrollos Lacanianos

Lacan retoma los planteos referidos al mecanismo psicótico en su seminario tercero: "Las Psicosis" (**Lacan, J. 1955**). Allí desarrolla el término Forclusión para traducir la *Verwerfung* freudiana (rechazo). Con el término Forclusión se refiere al rechazo de la castración en el Otro, encarnado primordialmente por la madre. Dicha representación rechazada retorna desde el exterior en forma alucinatoria. Cabe aclarar que el término "forclusión" no es una traducción literal del vocablo *Verwerfung*, sino más bien, una traducción que resulta de una interpretación y una reelaboración teórica.

Lacan ubica a la forclusión como el mecanismo fundante de la psicosis. Se trata de un proceso primordial de exclusión, rechazo o expulsión de aquella primera marca a partir de la cual se ordena el psiquismo y que permite la sexualidad y la legalidad. La forclusión se ejerce sobre el significante; específicamente sobre el significante primordial "Nombre del padre" "*...como elemento mediador esencial del mundo simbólico y de su estructuración. Es necesario para este destete, más esencial que el destete primitivo, por el que el niño sale de su puro y simple acoplamiento con la omnipotencia materna. El nombre del padre le es esencial a toda articulación del lenguaje humano.*" (**Lacan, J. Seminario 4**)

Para el psicoanálisis se trata de una estructura, y como tal se constituye en función de los efectos del lenguaje y responde a una secuencia temporal diacrónica. Esta noción de la temporalidad en la psicosis ya fue planteada por Freud cuando proponía dos fases: una primera fase silenciosa que para él constituía la enfermedad propiamente dicha, y otra ruidosa caracterizada por los delirios y alucinaciones que para Freud correspondía a una fase de restitución como una tentativa de curación. Lacan, siguiendo a Freud propone tres fases, una primera denominada pre psicosis, un segundo momento que corresponde al desencadenamiento y una tercera fase que puede producirse o no, que es la de la estabilización que consiste en encontrar aquello que puede volver a estabilizar al sujeto (**Lacan, J. 1955**)

La originalidad de Lacan reside en reconocer esta fase anterior al desencadenamiento, un periodo de aparente normalidad en el cual un psicótico puede mantenerse estabilizado y no llegar a desencadenarse. Desde esta perspectiva, el recorte teórico abarca el primer momento de la enseñanza de Jacques Lacan, que corresponde a una primacía de lo simbólico en relación a los otros registros, imaginario y real. Se trabajaron específicamente el Seminario 3 “Las Psicosis” dictado en los años de 1955 y 1956, y el escrito “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” de 1958 (**Lacan, J. 1958**). Este recorrido tiene como objetivo identificar los conceptos que permitan explicar la estructura de la psicosis como una consecuencia de la forclusión del Nombre-del-Padre.

Los fenómenos en la psicosis no tienen la estructura de la cadena significativa, tienen la estructura de una cadena rota, donde el estatuto del significante no es simbólico, se trata más bien del significante en lo real. Por lo tanto, no se dan los síntomas y las formaciones del Inconsciente como retornos de lo reprimido, sino que se dan fenómenos elementales que reeditan la estructura del significante forcluído. Así Lacan dirá “lo forcluído en lo simbólico retorna en lo real” (**Lacan, J. 1955**). El ejemplo paradigmático de esto es la alucinación, la cual no se trata de un trastorno perceptivo sino de la presencia del S1 en lo real, desconectado del S2, por lo que no produce ningún efecto de significación. A consecuencia de esta forclusión; la Psicosis es una estructura que comporta un agujero en lo simbólico. Este agujero en lo simbólico; a diferencia de cómo se presenta en la neurosis; en la psicosis aparece redoblado a nivel del significante y a nivel del significado: Por un lado, a nivel del significante existe un agujero porque el significante paterno no se ha inscrito en lo simbólico. Por otro lado, a nivel del significado; se engendra un agujero en tanto se torna imposible el advenimiento de la significación fálica, que es la que traspasa la barrera de la significación, y hace posible que un efecto de significación se inscriba en el significado. Se trata entonces de la psicosis como un déficit de lo simbólico, sin embargo esta concepción cambiará en la enseñanza de Lacan a partir de formular el concepto del Otro como una estructura inconsistente S(A/) y a partir de introducir en la práctica clínica, el concepto de goce.

La autora Gabriela Urriolagoitia (**Urriolagoitia, G. 2012**) señala que en este periodo Lacan explica la constitución subjetiva y la inscripción de la lógica fálica en el campo del Otro, a través de la metáfora Paterna. Este modo de abordaje consiste en reducir la función paterna desarrollada por Freud en el Complejo de Edipo, a una formulación lógica. Es decir que el padre freudiano, fue reducido a un significante y a una fórmula que da cuenta del cumplimiento de su función. Desde esta perspectiva, lo que se instaura con la Metáfora Paterna y el atravesamiento del sujeto por el Complejo de Edipo, es una normativización para el sujeto, de su relación con la estructura del lenguaje, con el campo del Otro, con el deseo y con la ley. La inscripción del falo en el campo del Otro, regula la

relación del sujeto con el significante. El falo permite la instauración de los siguientes efectos subjetivos:

1. Que el significante adquiera la función de representar al sujeto en el campo del Otro, función expresada en la definición que da Lacan del significante como aquello que representa al sujeto respecto de otro significante.
2. Que se instaure la estructura de cadena en el conjunto del lenguaje, y que por lo tanto el par significante funcione a partir de la dialéctica que permite que se deslice la falta propia del lenguaje.
3. Que el significante tenga un funcionamiento metafórico, es decir que la sustitución de un significante por otro engendre un efecto de significación y por lo tanto se instaure el punto de capitón que produce un detenimiento en la significación.
4. La posibilidad para el sujeto de tomar su lugar en la cadena significativa y que, a partir de ello, un enunciado cobre vida, y tenga, por lo tanto, un efecto de significación.
5. Que la relación del sujeto con el Otro quede regulada en términos de deseo, enigma y castración, frente a lo cual el sujeto cuenta con el recurso de responder al deseo del Otro con una construcción fantasmática. **(IBID, 167 p.)**

Así como la inscripción del Falo posibilita para el sujeto, las condiciones subjetivas descritas anteriormente, la forclusión del significante del Nombre-del-Padre, implica consecuencias estructurantes y constitutivas a nivel de la subjetividad. Entonces, desde la perspectiva de la Lógica del Significante y de la primacía de lo simbólico, Lacan identifica las siguientes consecuencias de la forclusión que se manifiestan en la subjetividad del sujeto psicótico **(Lacan, J. 1955):**

El vacío de significación: El momento de desencadenamiento confronta al sujeto con una experiencia enigmática que reedita el agujero de lo simbólico producto de la forclusión. Esta experiencia enigmática es vivida por el sujeto con un sentimiento de perplejidad ya que no cuenta con la significación fálica que le permitiría construir una respuesta subjetiva a esta experiencia. Por lo tanto, la misma es vivida en un momento inicial, como un vacío de significación donde el sujeto no sabe lo que “eso significa”. En un segundo tiempo, y correlativo a este vacío de significación, aparecerá la certeza como una significación de significación. Se trata de una significación indeterminada que se traduce como la vivencia del sujeto de que no sabe lo que “eso significa”, pero sabe que “significa algo” y tiene la certeza de que concierne a su ser. La certeza tiene el estatuto del S1 en lo real que no remite al S2 sino que engendra una remisión metonímica infinita a otros S1, lo cual genera una pérdida de significación. Sin embargo, la certeza cumple la función del punto de almohadillado propio del Nombre-del-padre forcluido, entre el significante y el significado. **(Urriolagoitia, G. 2012)**

La pérdida del sentimiento de la vida: La acción significativa introduce en el sujeto, un efecto letal que constituye la muerte, por ello Lacan dice que el sujeto entra en la partida como muerto, pero es como vivo que debe jugar. Con esto Lacan se refiere que lo que le permite al sujeto tener el sentimiento de estar vivo, es la identificación imaginaria con el falo. En la psicosis, al no instaurarse el falo en el campo del Otro, lo que le otorga al sujeto el sentimiento de la vida, es una identificación imaginaria cualquiera, pero no sostenida por el falo. Por lo tanto, cuando esa identificación imaginaria se rompe, se produce el desencadenamiento. Ésta pérdida del sentimiento de la vida es correlativa a la vivencia del sujeto como objeto de desecho, escoria del lenguaje. **(IBID, pag.168)**

La relación del sujeto con el Otro: Como el Nombre-del-Padre no opera en la psicosis, la relación del sujeto con el Otro no está regulada por la ley. Por lo tanto, el estatuto del Otro en la psicosis no es la castración que permitiría al sujeto tener un lugar en su deseo, sino la voracidad infinita que implica que el Otro tome la iniciativa, con relación al sujeto. Así, el sujeto vive la presencia del Otro de una manera autorreferencial: al Otro le falta algo, por eso es voraz, y es al sujeto a quien le corresponde satisfacer a ese Otro con su ser. Lacan explica esta condición con el concepto de erotomanía que se refiere a la certeza del sujeto de que el Otro lo ama **(IBID, pag.168)**

El fenómeno elemental: Es todo aquello que, al no haber sido inscrito en lo simbólico, retorna en lo real, por lo tanto, corresponde al estatuto real del S1. Lacan dice que hay que buscar el fenómeno elemental en cada caso, para establecer el diagnóstico porque el fenómeno elemental es la estructura misma de la psicosis. Esto quiere decir que está presente incluso si el sujeto no se ha desencadenado.

En su primera enseñanza, Lacan ubica el fenómeno elemental a nivel de los trastornos del lenguaje: estribillo, ecolalia, epifanía y el neologismo.

También podemos ubicar otros fenómenos como la alucinación, la intuición delirante, la frase interrumpida, entre otros trastornos del lenguaje, además de los fenómenos que conciernen al cuerpo. **(IBID, pág.168)**

El estatuto del padre en la psicosis: Un-Padre en lo real: La metáfora Paterna es una formulación lógica que hace Lacan para mostrar que el estatuto del padre es simbólico. Sin embargo, el estatuto del padre es diferente en la psicosis. Se trata entonces no de una función simbólica sino del Padre en lo real: Existe una equivalencia entre el padre y la función, por lo tanto, no se trata de un padre transmisor del pacto y de la ley, sino de un padre que es, él mismo, la ley. Esta equivalencia entre el padre y la ley implica que el padre goza de su función y que el objeto de su goce es el sujeto psicótico. **(IBID, Pág.169)**

Este estatuto real del padre es denominado por Lacan como Un-Padre y se hace presente para el sujeto en la coyuntura de desencadenamiento. Así, Un-Padre en lo real, adviene en el momento del desencadenamiento, al lugar del agujero en lo simbólico donde el significante del Nombre-del-Padre ha sido forcluído; poniendo en evidencia justamente, que esa inscripción no se ha producido. Se trata, por lo tanto, de una presencia tercera en la relación dual imaginaria a – a' que es vivida para el sujeto como una presencia arbitraria, enigmática e inquietante. La consecuencia de la aparición de esta presencia, es que la pareja imaginaria que servía de sostén para el sujeto, se disuelve produciendo la coyuntura del desencadenamiento. **(Urriolagoitia, G. 2012)**

Sobre la construcción de un cuerpo

Para el psicoanálisis el cuerpo se distingue radicalmente del organismo. Se trata de un cuerpo hecho de palabra, constituido en la relación del sujeto con el Otro y habitado por la castración. Cuenta además con múltiples dimensiones. Cuerpo hablado y que habla, cuerpo representado por imágenes, cuerpo que siente dolor, placer y otros afectos, que goza y es gozado. **(Astorga, L. 2016)**

Freud creía necesario que “no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo - cuerpo - el yo tiene que ser desarrollado...” **(Freud, S. 1914)**. Se nos plantea así la idea de un cuerpo que no es primario, sino que se construye; cuyo estatuto y unificación parecen depender de un “nuevo acto psíquico” en tanto operación simbólica.

De lo que se trata es de la intervención del lenguaje funcionando como “cuerpo”, operando como orden significante. El lenguaje al igual que el cuerpo resulta originalmente enigmático y extranjero, hay un tiempo en que la fragmentación corporal es la normalidad **(Millas, 2013)**.

En “El yo y el ello” **(Freud, S. 1923)**, Freud reformula su concepción del Yo y lo introduce como un Yo cuerpo que alberga las percepciones y el contacto con la realidad exterior, que gobierna el acceso a la motilidad y organiza los procesos anímicos, pero que igualmente está en directa conexión con el inconsciente, con aquellas representaciones que han determinado inicialmente la vida psíquica del niño.

Dentro de la medicina se ha tomado como referencia la rama de la anatomía, que estudia el cuerpo desde el punto de vista del “organismo” e investiga las leyes que rigen su estructura con respecto a sus funciones y el medio ambiente.

Dentro de la psicología podemos nombrar como referencias teóricas la psicología evolutiva de Arnold Gesell en su planteo de las áreas de conducta (motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, personal-social y adaptativa) y la elaboración de las escalas de desarrollo a partir de aquéllas que permiten medir la evolución del esquema corporal, que sigue una maduración nerviosa. Y

también se ha tomado la teoría del esquema corporal de Marianne Frostig, en lo que se refiere a la imagen corporal (la impresión que la persona tiene de sí misma), el concepto corporal (el conocimiento intelectual que una persona tiene de sí mismo y es adquirido por medio del aprendizaje), y el esquema corporal (la toma de conciencia global del cuerpo). Dentro del psicoanálisis se definirá al cuerpo desde los tres registros de la experiencia psicoanalítica: lo real, lo simbólico y lo imaginario (**Unzueta Nostas, C y Lora, M. E. 2002**).

Para el psicoanálisis de orientación Lacaniana; el registro de lo Real del cuerpo puede equipararse al organismo –carne, mucosas, entrañas, cavidades, fluidos– de la medicina. Cuando un ser viviente viene al mundo es un organismo, pero no un cuerpo, el cuerpo se construye en la relación con el Otro del significante: Antes de nacer este organismo se lo espera con un nombre, un sexo, esperanzas, sueños, ideales, es decir ya circula en un discurso. En consecuencia, pierde esta condición de real y pasa a constituirse como sujeto. Al mismo tiempo la madre que encarna al Otro primordial irá erogeneizando este organismo a partir de determinados significantes –horarios, sabores, caricias, miradas, olores, voces, golpes, etc.– que irán marcando el cuerpo del sujeto (**IBID, pàg.9**).

Desde el registro de lo simbólico el cuerpo es como un investimento, primer objeto que se catectiza. Lo que viste son deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres y goces. Es un cuerpo vacío, sin contenido, hecho sin órganos, cuerpo que se prestará como superficie de inscripción a recibir la marca significativa y en el que se irán privilegiando ciertas zonas erógenas y circuitos pulsionales (**IBID, pág. 9**).

Desde el registro de lo Imaginario el cuerpo es la vivencia de una imagen unitaria, que brinda unidad al organismo que se percibe fragmentado. El organismo fragmentado encuentra su unidad en la imagen; la cual en su papel estructurante organiza el cuerpo ubicándolo como cuerpo humano: como forma total, superficie, recinto, límite, contorno, que va a ser habitado, investido, vestido, recubierto por la libido. Así el cuerpo se constituye como recubrimiento libidinal trazando una organización erógena (**IBID, pág.10**).

El objeto teórico de la medicina es el “organismo” biológico y su abordaje se centra en él. Es un organismo que filogenéticamente se ha ido conformando en el proceso de evolución a partir de las formaciones de vida más simples en continua adaptación a las condiciones de su medio ambiente. Ontogenéticamente es un organismo que se desarrolla madurativamente teniendo en cuenta las leyes neurofisiológicas. Su método de investigación es por un lado el cadáver y por el otro el estudio del hombre vivo con la ayuda de la inspección exterior, es decir la exploración de los enfermos. A través de esta exploración la medicina realiza una lectura clínica de fenómenos, pues atiende al conjunto de signos para buscar en ellos su diagnóstico y tratamiento.

La psicología tiene en cuenta las estructuras biológicas y se basa en ellas puesto que establece que la construcción del “esquema corporal” se elabora progresivamente al compás del desarrollo y la maduración nerviosa, pero no se queda con una explicación puramente anatómica, sino que plantea que además existe otra dimensión que la resume en el “esquema corporal” como una representación mental la cual no solo equivale a sentir nuestro cuerpo como piel, músculos, huesos, cartílagos; y que no es solo la imagen de las partes del cuerpo como un dibujo, sino que resume las experiencias corporales cognitiva, subjetiva y afectiva (**IBID, pàg.12**)

Para el psicoanálisis el cuerpo es construido, es un efecto; no es un dato, en cambio para la medicina es una realidad originaria. También es diferente de la construcción del esquema corporal de la psicología. Si bien el esquema corporal de la psicología es una construcción, lo hace con referencia a la maduración orgánica y sigue teniendo como base el organismo biológico. En cambio, en psicoanálisis se trata del cuerpo como construcción, pero no tiene que ver con un desarrollo madurativo ni evolutivo, sino con una construcción a partir de la incidencia del significante. El psicoanálisis apunta a escuchar el aspecto simbólico del síntoma que implica la sustitución y el desplazamiento de la articulación significativa, registro que va más allá del sentido dado por el paciente a lo que le pasa, aspecto imaginario que tiene un tope. En este tope nos encontramos con lo real o goce del síntoma, puesta en juego de la satisfacción pulsional, que atraviesa la barrera del principio del placer, siendo responsable del sufrimiento del sujeto, al que llamamos goce. El psicoanálisis se ocupa de cómo el “organismo deviene “cuerpo”, y de cómo el “viviente” deviene “sujeto” (**IBID, pág.12**)

Una de las teorizaciones más importantes de Lacan, es la del estadio del espejo, porque a través de ella se explica la constitución del yo. Posteriormente, Lacan retomará los postulados freudianos, avanzando en algunos conceptos. En especial el concepto de Yo es definido como aquella instancia psíquica que se construye a partir de los referentes del otro semejante. Lacan nombrará como Imaginaria esta relación y la retoma en “El estadio del espejo como formador de la función del yo” (**Lacan, J. 2009**). Allí se introduce la capacidad del niño que, aunque en un estado de inmadurez neurológica y motriz, reconoce su propia imagen en el espejo, y a diferencia de los primates, experimenta regocijo al reconocerla como a los objetos externos a él; primera matriz identificatoria del niño que le permite asumir su cuerpo como completo, del lado inicialmente de la imagen. Se precipita hacia esa imagen porque permite asegurar su existencia. La imagen es el soporte que contiene los referentes y objetos pulsionales hasta entonces vividos como parciales. Es importante introducir que, si bien el reconocimiento en el espejo viene dado por el soporte del otro semejante y permite hablar del término identificación como el resultado de esta operación, está contenido allí por el soporte simbólico como matriz que introduce el

concepto de sujeto y que dependiendo de su ubicación en este registro se podrá hablar o no de sujeto:

Si bien al inicio de su obra Lacan concibe la construcción del cuerpo como una estructura imaginaria, soportada por el otro semejante y reducida a una imagen, también se puede leer allí la introducción del registro simbólico y real implicados en esta operación lógica, pero será después que venga a dar las coordenadas más precisas para ubicar estos referentes en la formación del cuerpo. En el texto de 1953, el Seminario 1 “Los escritos técnicos de Freud” (**Lacan J. 1953-54**) en el apartado de “La tópica de lo imaginario”, Lacan sitúa esta relación cuando dice: “...en la relación de lo imaginario y lo real, y en la construcción del mundo que de ella resulta, todo depende de la situación del sujeto. La situación del sujeto (...) está caracterizada esencialmente por su lugar en el mundo simbólico; dicho de otro modo, en el mundo de la palabra. De ese lugar depende que el sujeto tenga o no derecho a llamarse Pedro” (**IBID, pág. 130**). La introducción del significante es lo que da realmente la referencia al cuerpo. La inscripción del significante posibilita la introducción del sujeto en el mundo del lenguaje, la ganancia del deseo, la ubicación en la estructura que determinará la relación que establezca con el mundo, con el saber y con su modalidad de goce (**Villa Delgado, D. y Montañez Holguin, M. 2010**).

Hay un aspecto importante a destacar y es el de prematuración: Lacan dice que el dominio de la imagen total del cuerpo le viene dado al sujeto de forma anticipada respecto del dominio real; esta referencia introduce la noción de desencuentro en la que adviene el sujeto, concepto que permitirá entender luego algunas posiciones subjetivas y algunos síntomas que se erigen como posibilidad de taponar, por un lado esa fractura originaria; o bien, tratar de resarcir o reconstruir los efectos de ese desencuentro primordial (**IBID, pàg.7**).

Introducir la dimensión del significante afectando el cuerpo, permite traer igualmente el concepto de goce, porque a partir de la intervención significativa, el cuerpo queda vaciado de goce. Ocurre en el sujeto una operación (separación) que deja como resultado un resto, nombrado por Lacan como objeto “a”. Este objeto es el que permite entonces reorganizar los términos, goce, cuerpo, imagen, registro simbólico, gracias a la introducción del registro de la falta (cuando algo falta en el sujeto, todo puede ser organizado) (**IBID, pàg.7**).

Es importante destacar que la imagen del cuerpo como total es posible, como se había abordado anteriormente, por la intervención del Otro; Otro como tesoro de significantes que a su vez divide al sujeto dejando como resultado ese resto. El goce es entonces el producto de esta operación. Una vez se introduce el sujeto en el registro de la falta, el goce entra al escenario como aquello imposible de recuperar, sólo se podrá bordear a partir del rodeo que se haga por aquellos objetos, que son condensadores de goce. Y sólo bordear porque la experiencia clínica demuestra que cuanto más el sujeto se acerca y se confronta con ese

objeto condensador de goce, más se introduce la dimensión de la angustia. La imagen del cuerpo se instaura en el sujeto a título de imago, siendo la imagen virtual del cuerpo, el producto imaginario de la intervención del Otro, es el resultado del ingreso del significante y como tal es solidaria de la operación estructural, que introduce la concepción de sujeto a título de falta (**IBID, pàg.8**).

Entonces, cuando se habla del cuerpo en psicoanálisis se está en el marco del registro simbólico, es el significante el que le da cuerpo al sujeto, es por la introducción del sujeto en este registro que se podrán amarrar lo imaginario y lo real que allí están implicados, hecho de estructura que no sólo le da derecho a llamarse por un nombre, sino también a reconocerse como Uno en el reflejo del espejo o con el otro semejante.

El cuerpo en la psicosis

La experiencia que tienen los psicóticos de su cuerpo nos resulta desconcertante; ya que hacen descripciones de su vivencia que pueden parecernos absurdas y extravagantes.

Algunos melancólicos, por ejemplo, asisten a experiencias corporales impensables para el neurótico: tienen la certeza de ser un cuerpo muerto o viven en la angustia de no poder morir, estando confinado entonces a una existencia infinita. Como último recurso para escapar de lo mortificante de saberse vivo; tienen la experiencia de ser un muerto en vida, un cadáver, una pura bolsa de piel y huesos, vacíos. Transcurren la vivencia con la certeza de no tener un cuerpo; pueden no sentir dolor, ni frío, ni calor, aun cuando las condiciones orgánicas se conservan en sus inervaciones casi perfectas. Las vivencias corporales del melancólico no se reducen a esta paradójica experiencia de la muerte ya presente y de la insoportable vida eternizada. La vivencia de la culpa en la melancolía es la traducción del malestar moral profundo en el que viven, aun teniendo la certeza de estar, desde hace tiempo, ya muertos (**Bueno Restrepo, L. M. y Muñoz Lopez, A. 2020**).

En las psicosis es frecuente y casi constante, la vivencia de “un cuerpo extraño”, en la que el cuerpo va por una parte y el sujeto por otra, ya sea a través de cierta automatización del cuerpo que cobra movimientos más allá del dominio de quién lo habita: enlentecimiento motriz, hiperactividad, fuerte agitación corporal, catatonía o rigidez corporal, u otras sensaciones corporales diversas. En el caso de la esquizofrenia, encontramos fundamentalmente los fenómenos de la fragmentación del cuerpo o su inmovilización total o parcial; en la paranoia la invasión del cuerpo por el goce del Otro, en algunos casos de autismo, la indiferencia total por el cuerpo del otro, sin borde, “pudiéndose mover en el espacio (...) como si el cuerpo del otro fuese invisible o transparente” (2), o en algunos casos, los pasajes al acto, en los que se produce un “dejar caer su cuerpo”.(**Casalprim, R. 2013**)

Hablar de cuerpo remite indefectiblemente a la idea de pulsión, así se constata en la clínica pues la pulsión es ese factor cuantitativo (económico) que sólo se aprehende a través de lo que es el cuerpo. Es clara la articulación de lo pulsional a la noción de cuerpo en tanto “fuerza constante que ataca desde el interior del organismo” se enlaza lo pulsional a la experiencia del lenguaje y las representaciones. Ya en el historial de Schreber se sitúa la pulsión como “el representante psíquico de poderes orgánicos”(3). Se propone así, un cuerpo articulado a la experiencia de la palabra y a la irrupción de un afecto que trastoca su funcionalidad, las palabras impactan en el cuerpo dejando marcas que lo conmueven.

La hipótesis de que el orden simbólico apacigua lo pulsional impulsa la conjetura correlativa de que una perturbación de la relación con el lenguaje no dejará de tener consecuencias en el cuerpo (**Soler, 2004; Millas, 2013**). Todo sujeto, sea neurótico, psicótico, perverso, debe vérselas con la esquizia radical que introduce la estructura discontinua del significante, siendo la metáfora paterna la operación simbólica que restaura esa fractura original y apacigua lo pulsional (**Miller, 1982**). Dar un nombre a la falta, inscribir ese vacío en una dialéctica subjetiva permite jugar con la pérdida, entrar en el juego significante del deseo y el tener. Si el vacío no tiene representación, si la falta no tiene nombre, el juego se termina pues lo que queda es un vacío real.

El sujeto de la estructura psicótica debe arreglárselas con su cuerpo sin la referencia a la significación fálica, sin el auxilio de ningún discurso establecido. “Es ciertamente lo que explica ... la insistencia que pone el esquizofrénico en reiterar ese paso. En vano, puesto que para él todo lo simbólico es real” (**Lacan, 1972**) 16). La expresión de Lacan transmite con claridad la impotencia del significante para dominar lo pulsional, particularmente en la esquizofrenia donde “el lenguaje no logra hincarse en el cuerpo” (17). Así pues, algunos sujetos llevan en su cuerpo las marcas de lo que no se inscribe simbólicamente, a saber: mutilaciones, cortes, tatuajes, etc.

Entonces, ¿qué tratamiento posible de lo pulsional cuando no se cuenta con la referencia al padre, cuando no se dispone de un orden simbólico donde inscribir la experiencia del cuerpo? Existen otras referencias en la invención singular con que cada sujeto enfrenta su condición de ser hablante. El traumatismo del significante y la irrupción de lo pulsional obligan a una respuesta subjetiva. Están quienes recurren a las soluciones típicas del discurso compartido y están quienes verdaderamente deben inventarse una respuesta. (**Miller, 2002**)

Freud reconoce en la psicosis un sujeto enfrentado a la experiencia de un cuerpo y una palabra que no le es propia. En este sentido afirma que el dicho esquizofrénico tiene un sesgo hipocondríaco, pues se encuentra asediado por referencias a órganos e inervaciones somáticas (**Freud, 1914**). En el mismo artículo enlaza los fenómenos corporales a un modo particular en que el sujeto

se relaciona con las palabras. Dice: "las palabras son sometidas al proceso psíquico primario", "una sola palabra (...) toma sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos" (18), "trata las palabras como cosas" (19). Freud advierte que el dicho esquizofrénico se encuentra habitado por la desintegración de los órganos del cuerpo. A eso llamamos lenguaje de órgano. Decir que el sujeto "trata las palabras como cosas" quiere decir que el lenguaje ha perdido su capacidad significante, las palabras ya no representan nada; así el sujeto psicótico tiene que arreglárselas con su cuerpo sin el auxilio de ningún discurso establecido (**Lacan, 1972; Miller, 2002**), sin el recurso a un orden simbólico donde inscribir el acontecimiento del cuerpo. Es de destacar que tanto Freud como Lacan ven en tales fenómenos un intento de solución, un tratamiento de lo pulsional en exceso. Freud lo dice así: "la investidura de la representación palabra constituye el primero de los intentos de restablecimiento o de curación que tan llamativamente presiden el cuadro clínico de la esquizofrenia" (**Freud, S. 1914**), "lo que nosotros consideramos la producción patológica ... es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción" (**Freud, S. 1910**). La respuesta del sujeto psicótico entonces; es en sí misma un trabajo reparador destinado a suturar la cadena significante y restablecer cierto orden en el cuerpo.

Desde las formulaciones Lacanianas; podemos tomar las planteadas en el Seminario 3 (**Lacan, J. 1955**), acerca de la "la disolución imaginaria" (como se titula uno de los capítulos de aquel seminario). Es una manera más "clásica" de plantear la pérdida de la realidad. Tomando el ejemplo de Schreber y su vivencia de fin del mundo, del sepultamiento del mundo, el momento en que todo se desvanece y la escena imaginaria se convierte en sombra o en nada. La metáfora de Lacan es "un telón que se enrolla de golpe y desaparece". Entonces quedará una cosa negra, oscura.

Tanto en el seminario "Las psicosis" (**Lacan, J. 1955**) como en el escrito "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis" (**Lacan, J. 1987**), este proceso es respuesta al encuentro con la falta del significante fundamental, del Nombre del Padre, que pone en movimiento toda esa "reacción en cadena a nivel imaginario". La disolución imaginaria se formaliza de alguna manera a partir del esquema del "florero invertido", o esquema óptico, en el cual por la reflexión en el espejo cóncavo se constituye la imagen del florero, que, según Lacan, es el análogo de la imagen del cuerpo que recubre las flores, a su vez analogías de las pulsiones parciales. Como sabemos, la condición para que esta imagen pueda ser captada por el sujeto que es el observador (sujeto geométral) que capta y es captado a su vez por esta imagen, para que esto suceda la condición es que el sujeto esté ubicado en una cierta área, en un cierto lugar del dispositivo. En la experiencia física esto es así, la imagen no se ve desde cualquier parte, sino que debe estar ubicado en un lugar específico, determinado por las leyes de la óptica. Si el sujeto no está ahí, o mejor dicho, si algo no lo sostiene clara y certeramente en ese lugar, la imagen se pierde, se desvanece. Es decir que los

bordes del cuerpo, así como todo lo que hace a esta construcción imaginaria y simbólica que es la realidad están sujetos a esta dialéctica de la aparición y la desaparición ((**Lacan, J. 1955**))

En todo caso, si pensamos la idea del “cuerpo propio” podría relacionarse con lo que Lacan va planteando especialmente en los últimos seminarios cuando reformula la idea de lo imaginario, ahora en términos de consistencia. Ahí lo imaginario deja de ser sólo el engaño especular o el señuelo que captura y que fascina. Es todo eso, pero ya no es sólo eso; ya no está planteado sólo en esos términos de encandilamiento, de fascinación, de señuelo, de trampa. Ahora, además de todo eso, Lacan agrega la idea de la consistencia. Es por ello que se podría plantear que hay momentos en la psicosis en que irrumpe una presencia que disuelve esa consistencia o que al menos la amenaza. (**Leibson, L. 2006**).

En la experiencia psicótica existen momentos en que un cuerpo que se creía propio se vuelve ajeno; o la irrupción de un cuerpo ajeno que se impone en lo que puede quedar de cuerpo propio. Paralelamente, la reconstrucción del cuerpo se plantea como cierta recuperación de la distancia con ese cuerpo del Otro que invade y amenaza. Y esa distancia puede darse en el seno de lo imaginario mismo, entendido como consistencia. Para ir en la línea de esta argumentación, en el Seminario *El Sinthome Lacan, J. (Lacan, J. 1975)*, Lacan no dice que el sujeto piensa que tiene un cuerpo, dice que cree tenerlo. Aquí, vale subrayar el estatuto de la creencia, ya no imputada al dato trascendental de la relación al Otro, sino asumida –en una especie de inmanencia– como adoración a sí mismo. Contamos entonces con la consistencia mental del cuerpo, definida como soporte imaginario, creencia y envoltura. De alguna manera, la mentalidad atañe para Lacan a un borde imaginario y su inercia, que sustrae al cuerpo como “texto” de signos para cada ser hablante.

Estar advertidos de la existencia de un cuerpo pulsional sirve para alertarnos que en la psicosis no se trata de su adecuación o no a una realidad compartida sino más bien de reconocer que en su relación con el lenguaje y con el cuerpo lo que está en juego son experiencias de goce no estandarizables. En este sentido la psicosis no es una presentación deficitaria del psiquismo sino más bien un modo de habitar la subjetividad. Admitir una posición subjetiva frente a la constitución en el lenguaje y las condiciones de goce, permite valorar el trabajo de la psicosis e inscribir sus respuestas en el registro de la diversidad.

Clínica de la Psicosis

Las formas de abordar el fenómeno psicótico desde la clínica psicoanalítica han variado a lo largo del tiempo. Desde lo inanalizable de la postura Freudiana hasta el surgimiento de una “clínica de la psicosis” con los aportes Lacanianos, los modelos de intervención se han ido enriqueciendo y llegando a formalizar algunas líneas directrices que refieren tanto a las posibilidades de “armar algo”

allí donde no lo hay; del lado del paciente; como la particular posición del analista que implica su tratamiento.

En el trabajo clínico con la psicosis, se hace cada vez más necesario buscar alternativas para escapar de las formas de tratamiento que parten del saber propio de la ciencia, reafirmando la posición de este paciente como objeto. Las dificultades de trabajar con pacientes psicóticos condujeron a Freud a contraindicar el psicoanálisis para estos pacientes. Tenemos, por ejemplo, un texto de 1904- Sobre psicoterapia - en el que Freud afirma "las psicosis, (...), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos" (**Freud, S. 1904**). La principal razón planteada por Freud a esta contraindicación es que en la psicosis hay un abandono de las relaciones objetales (**Freud, S. 1914**), lo cual impediría el desarrollo de la relación transferencial.

«Las neurosis fueron el primer objeto del psicoanálisis, y durante mucho tiempo el único» (**Freud, S. (1925)**), afirma en su Autobiografía. No obstante, es en dicho texto donde apunta a las posibilidades del estudio analítico de las psicosis, cuestionando la aplicación de sus teorías a este campo y el hecho mismo de la transferencia. Afirma que: *"...El enfermo psicótico carece, en general, de la facultad de una transferencia positiva, quedando así embotado el instrumento principal de la técnica analítica; pero, de todos modos, puede llegarse a él por otros caminos. La transferencia no queda excluida, a veces, tan por completo que no pueda utilizarse durante algún tiempo"*.

Con estas palabras se produce el salto de una concepción teórica en la cual únicamente las «neurosis de transferencia» tienen cabida en el análisis, a otra más amplia en la que se hace necesario un medio de «llegar» a estos pacientes que mantienen una dificultad especial en sostener la transferencia (**Lopez Laso, J. M., 2019**) En 1910 Freud publica el conocido popularmente como «caso Schreber», que como se ha dicho es paradigmático en lo que respecta al estudio de la psicosis. Allí observa la estructura de su delirio y la evolución de su psicosis, así como aquello que se manifiesta como transformación de su cuerpo (**Freud, S. 1910**).

Para este estudio, se hará un recorte temporal necesario dentro de la teoría Lacaniana; reconociendo el valor sobre las dos clínicas lacanianas: una estructuralista, otra borromea. De este modo, centraremos nuestro estudio en la primera clínica Lacaniana y en la psicosis freudiana; no con la teoría Lacaniana más tardía de la psicosis como el estudio de James Joyce, en el Seminario 23 - El Sinthome (**Lacan, J, 1975**), su segunda clínica. Este aporte nos permitirá utilizar dos aforismos lacanianos ubicados en esta primera clínica para trabajar la idea del *Secretario del alienado* como una propuesta de la dirección para el tratamiento de psicosis freudiana.

En el tercer seminario sobre la psicosis; Lacan (**Lacan, J. 1955**) destaca un punto importante para trabajar con esta estructura: la propuesta del "*Secretario del alienado*". Esta propuesta surge como una inversión de valores vinculados a esta expresión - antes como una crítica de la impotencia de los alienistas y ahora, en la visión de Lacan, como una oportunidad de dar crédito a la palabra del alienado, tomando lo que dicen literalmente. En la clínica con pacientes psicóticos; Lacan propone diferentes recursos para un posible tratamiento de la psicosis. Tenemos el ejemplo de la suplencia en el arte, el pasaje al acto y también la estabilización por la metáfora delirante.

Cuando usamos el aforismo lacaniano del inconsciente a cielo abierto en la psicosis, enfocamos principalmente a los efectos de la forclusión del Nombre-del-padre. Ya Freud había apuntado a la misma dirección: "lo cancelado adentro retorna desde afuera" (**Freud, S. 1911**). Esta frase fue retomada posteriormente por Lacan como "todo lo rehusado en el orden simbólico, en el sentido de la *Verwerfung*, reaparece en lo real" (**Lacan, J. 1955**). Dicho esto, es más fácil de comprender fenómenos tales como las alucinaciones en toda su gama, como los retornos en lo real que sólo se hicieron posibles gracias a este agujero que se abrió en lo simbólico, y el desastre resultante que se produce en el orden imaginario. Es alrededor de este agujero que el psicótico intentará reconstruir su mundo.

El análisis del texto de Schreber (**Freud, S. 1910**), Freud afirmó que "lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción". Esta idea de tratar de curar por el delirio también está presente en Lacan cuando habla, en su seminario de las psicosis, sobre el caso Schreber (**Lacan, J. 1955**). Siendo la modificación necesaria intentada por Lacan que lo llevó a la famosa frase: "la psicosis es aquello ante lo cual el analista en ningún caso debe retroceder" (**Lacan, J. 1955**), poniendo fin a la cuestión de las contraindicaciones de la psicosis.

Asumiendo entonces las diferentes respuestas a la castración - represión en la neurosis y forclusión en la psicosis - se puede comenzar a pensar las características específicas y las distinciones para el manejo de la transferencia de estas estructuras. En la neurosis hay un investimento del paciente en los objetos del mundo exterior y en la psicosis hay un abandono de estos investimentos; y es a partir de esta distinción, que aparece la posibilidad de la transferencia en la psicosis. Si lo real es imposible de soportar y las formas clínicas son defensas contra el real (**Miller, J. A. 1996**), pensamos que la metáfora delirante, el pasaje al acto o la suplencia en el arte son intentos para hacer frente a la falta de la metáfora paterna, que deja al psicótico lo real y su dureza. El manejo de la transferencia con el psicótico debe seguir el camino que

pretende apaciguar este real y orientar la dirección de la cura como una salida menos peligrosa para él y para terceros.

Colette Soler (**Soler, C., 1991**) hace observaciones sobre cuál debe ser la posición de analista en el trabajo con un paciente psicótico: en primer lugar, la abstención de dar una respuesta cuando, en la relación dual, convoca el analista para llenar el vacío de forclusión por medio de su decir y a rellenar ese vacío con sus imperativos. Esta es la manera de evitar la erotomanía. En segundo lugar, actuar como una función del límite al goce del Otro. Si en el neurótico hay una rectificación del sujeto, en el psicótico hay una rectificación del Otro. Luego llegamos a lo esencial: si en la psicosis la desestabilización es debida a la falta de la significación fálica, consecuencia lógica de la falta de la metáfora paterna, la construcción de una metáfora delirante puede servir como punto de anclaje, creando un punto de parada en el deslizamiento del significado bajo el significante (**Soler, C. 2007**).

El analista puede ser llamado a suplir con sus predicaciones el vacío de la forclusión. El paciente demanda que el analista haga de oráculo y legisle para él, ocupando así, el sitio de aquel que sabe y que al mismo tiempo goza. Sin embargo, si el analista asume dicha posición corre que aparezca la erotomanía mortífera; cosa que no es inevitable en el tratamiento de los psicóticos. Es evidente que el giro fundamental pasa por evitar hacer uso de la interpretación que no tiene cabida cuando se está ante un goce no reprimido. Como un primer modo de intervención Soler (**Soler, C. 1991**) plantea un silencio de abstención cada vez que el analista es solicitado en dicha posición. Ese silencio, tiene la ventaja de dejar el campo a la construcción del delirio. Así el analista queda ubicado en posición de testigo: un sujeto al que se supone no saber, no gozar y, por lo tanto, armar un vacío donde el sujeto pueda colocar su testimonio (**IBID, pag.9**).

Un segundo tipo de orientación lo denomina: orientación del goce. Intenta hacer de prótesis a la prohibición faltante, y que consiste en decir que NO, en poner un obstáculo ante la manifestación real del goce del sujeto. En este orden, otorga un valor al empleo de la sugestión para afirmar cualquier actividad o acción que el paciente encuentre como placentera o gustosa a los fines de reorientar o encauzar ese goce. Esa función implica: hacer de límite al goce; siendo esto, la de significante ideal, único elemento simbólico que, a falta de la ley paterna, puede constituir una barrera real al goce. El analista apuntala la posición del propio sujeto, que no tiene más solución que tomar el mismo a su cargo la regulación del goce. Está alternativa de las intervenciones del analista entre un silencio testigo y un apuntalamiento del límite es algo diferente de la neutralidad benévola. Es la implicación forzosa del analista. Forzosa en tanto no es el "perseguidor" y se sitúa entre la posición de testigo que oye y no puede más, y

el significante ideal que viene a suplir el significante primordial forcluído (**IBID. pág.10**).

Por último, la tercera intervención debería ser el viraje en la relación transferencial tanto como en la elaboración de la cura. Consiste en que el sujeto no vuelva a demandar al analista como Otro; y que a través de la construcción de su delirio pueda lograr cierta estabilización de los fenómenos psicóticos. A partir de este momento, se entra en la reconstrucción del sujeto, al borde del agujero en lo simbólico y sostenido por una suplencia: su metáfora delirante. Según dice la autora: "...situó la estabilización entre tres términos. Primero, la ficción del delirio, segundo, la fijación del goce y tercero, la "fixion" con X del ser." (**IBID pág.10**).

Las posibilidades de establecer una suplencia; refiere a una fabricación psíquica o constructo que a veces luce como un síntoma que pretende mantener unido los tres órdenes [RSI]. La suplencia en el imaginario son creencias fundamentalistas que sirven de grapa o cuarto nudo, entre el imaginario y el simbólico. Dicha prótesis imaginaria sujeta la palabra al lenguaje con la construcción delirante y su correspondiente certeza, que se encuentra ubicada entre el simbólico y el imaginario. Los síntomas dentro del orden de la compulsión: bulimia, anorexia y drogas pueden estar ejerciendo la función de suplencia. Por lo tanto, es necesario tener cautela en el momento de trabajar analíticamente con estos pacientes que esconden una estructura psicótica. Si se libera del síntoma grapa, es decir se elimina la suplencia, se puede desencadenar el cuadro clínico psicótico.

Finalmente, es de destacar el valor que adquiere en esta estructura la posibilidad de construir una metáfora delirante a modo de reconexión con la realidad y entendiendo que las posibilidades de estabilización están ligadas a la presencia del analista. Lo que equivale a decir que dicha estabilización no prometería ningún fin de análisis.

[El fenómeno anoréxico en la estructura psicótica](#)

El psicoanálisis contempla la anorexia de modo transestructural, lo que implica que puede presentarse en estructuras psicóticas y neuróticas (**Fendrick, 1998**). La anorexia en singular no existe, solo existen las anorexias. La clave se hallaría en identificar su rasgo diferencial, su función de suplencia, compensación, defensa o expresión del delirio (**Recalcati, 2015**)

La anorexia ofrece al sujeto un nombre, un reconocimiento simbólico donde hay evidencia más que enigma. Por lo tanto, no podemos pensar solamente en términos del síntoma en su vertiente metafórica y mucho menos cuando se presenta en una estructura psicótica, donde fácilmente puede aparecer como un lugar de suplencia o compensación de la forclusión del Nombre del Padre. En consecuencia, adquiere un valor fundamental el diagnóstico diferencial ya que

redimensiona el fenómeno a la estructura. Desde este punto de vista, la anorexia no indica absolutamente la estructura del sujeto, sino su expresión fenomenológica. Así, habrá anorexias con estructura neurótica y anorexias con estructura psicótica.

La anorexia, entonces, no es una estructura; aunque indica una posición subjetiva específica (**Recalcati, M. 2015**). Y es justamente por esta posición de imbricación con respecto al Otro materno que hay que presuponer siempre una estructura psicótica, al menos mientras no se compruebe lo contrario. A veces funcionan como verdaderas suplencias imaginarias respecto de una estructura subjetiva mi nada por la forclusión del nombre del Padre. Massimo Recalcati afirma que en estos casos; la anorexia es una maniobra del sujeto para erigir una barrera respecto del Otro devorador de la psicosis. (**Recalcati, M. 2011**). Se constituye como un delirio monoideico donde no hay ninguna dialéctica con el Otro. Porque es a través de esa imagen de cuerpo - flaco - vacío, que el sujeto sostiene una identidad propia que de otro modo sería imposible. De esta forma la Anorexia permite a la psicosis mantenerse cerrada, dentro de ciertos límites, no desencadenarse.

La psicosis en la anorexia raramente toma la forma desencadenada del descarrilamiento metonímico del sentido que queda sin puntos de anclaje como consecuencia de la forclusión del Nombre del Padre. Toma más bien la forma de una psicosis cerrada “blanca” “fría”, en la cual lo que llama la atención no es el recalentamiento de la cadena significativa (la proliferación excedente del sentido que caracteriza el delirio psicótico) sino más bien el enfriamiento, la detención, el congelamiento del valor semántico del discurso.

Dos pasiones en la Anorexia Psicótica

Se hace necesario distinguir la dimensión genérica, manifestada por el síntoma anoréxico, catalogada por el DSM según los parámetros estándar de los denominados “Trastornos de la conducta alimentaria”, de la necesidad clínica de hallar los rasgos diferenciales de la estructura subjetiva donde encontramos versiones neuróticas o psicóticas de la anorexia (**Recalcati, M, 2011**). A partir de dos vivencias del sujeto anoréxico, como *la pasión por los huesos* y *la pasión por la boca*; es posible emitir un diagnóstico diferencial de la estructura más allá del cromatismo indiferenciado del fenómeno (**IBID, p.67**).

La pasión por los huesos saca a la luz la centralidad del objeto-mirada en la anorexia: estar en los huesos es un modo de capturar la mirada para causar la angustia en el Otro. La pasión de los huesos como pasión por el símbolo que, de alguna manera, trata de hacer frente a la fallida inscripción del Nombre del Padre como condición misma de la posibilidad de simbolización. Se presenta como forma de compensación imaginaria de la ausencia forclusiva del Nombre del Padre (**IBID, p.69**).

La angustia de engordar, en los casos de anorexia psicótica, ya no está conectada con la angustia de castración, sino con otro tipo de angustia. Engordar significa que el cuerpo se separa del vínculo con su imagen, que se pierde precisamente como cuerpo. El cuerpo lleno, el cuerpo que se rellena, que se hincha, que se ensucia con los alimentos puede dar lugar a alteraciones cinestésicas como sentimiento alucinatorio de que el cuerpo deja de existir, hasta fenómenos de fragmentación y despedazamiento corporal. En la anorexia psicótica, engordar es la experiencia de una disolución del vínculo imaginario entre el cuerpo y el sujeto. La pasión anoréxica por los huesos, es también un intento del sujeto por reencontrarse con su propio cuerpo (**IBID, p.70-71**). El núcleo del delirio anoréxico: el hueso, en sus atributos de permanencia, identidad, proximidad, eternidad, incorruptibilidad, se configura como el alma del sujeto.

En la versión psicótica de la Anorexia-bulimia, en cambio, la pasión por la boca no se juega en relación con la dialéctica entre deseo y goce, entre separación y alienación. El empuje al comer se da aquí sin condiciones fantasmáticas. Es comer todo sin condiciones. La devoración no está localizada, no se sustenta, por ejemplo, sobre la selección de determinados alimentos, sino que se manifiesta como absolutamente desregulada y marcada por una reversibilidad imaginaria que produce un cortocircuito en lo real: comer es ser comidos, devorar carne es ser carne devorada (**IBID, p.75**).

Hay casos donde el comer tampoco se instala como una actividad de goce, ya que no está en relación con el empuje del “hambre” del sujeto, sino que se trata más bien de una defensa frente al “hambre” como frente a un goce abusivo procedente del Otro. En este sentido “comer” no sacia el hambre, sino que trata de detener su aspecto amenazador. En este caso, no es la pulsión la que goza en su actividad, en su propia realización, sino que “comer” es un modo para reducir; para frenar la pulsión del Otro (**IBID, p.76**).

Metodología

Este trabajo se centrará en el diseño de caso único como herramienta de investigación. El estudio de caso es no controlado y su estructura se basa en los reportes narrativos del terapeuta, entrevistas con la paciente documentadas y descripciones subjetivas; sin control de las variables intervinientes.

El criterio de selección establecido responde a los objetivos planteados en la investigación. Para tal fin, se accede al historial clínico de la paciente Ana (nombre ficticio) resguardando su privacidad; en concordancia con los criterios éticos y legales que regulan la atención clínica. El criterio de selección se basa en la patología presentada por la paciente y el diagnóstico psiquiátrico: Trastorno de la conducta alimentaria y depresión psicótica.

La metodología de caso único propuesta permitirá articular los fenómenos observados con la historia particular de la paciente. Las herramientas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas personales, producciones gráficas y el juego reglado.

Se engloba en un estudio de caso de intervención terapéutica. El objetivo se centra en la descripción de un trastorno clínico y la evaluación de los efectos de una intervención, no haciendo hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos.

El tipo de diseño de caso único es observacional ya que en un dispositivo terapéutico se decide respetar el contexto y la secuencia natural de las intervenciones, en lugar de manipularla, decidiendo cuándo y cómo la misma se ha de aplicar.

Si bien la validez de un estudio de caso puede mejorarse utilizando medidas objetivas, se reconoce la conveniencia de utilizar, en combinación con las anteriores, medidas subjetivas para evaluar los cambios de conducta (u otros tipos de efectos).

Se tomará en cuenta todo el material obtenido durante las entrevistas terapéuticas, así como la producción gráfica y su consecuente interpretación a los fines de cumplir con los objetivos propuestos. Al momento de la intervención la paciente Ana permanecía internada en un centro de rehabilitación por su cuadro clínico orgánico y se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico. El análisis de las intervenciones y sus efectos abarcan dos meses de entrevistas durante su internación.

La investigación llevada a cabo no pretende abarcar la amplitud de las reflexiones y debates que hay en torno a las categorías nosológicas de Psicosis y Anorexia en psicoanálisis, sino más bien plantear algunas coordenadas teóricas que permitan pensar el tema reflexivamente.

Desarrollo del caso

La paciente Ana (nombre de fantasía) tiene 64 años y me es referida por el equipo de salud mental tratante a los fines de poder realizar mi trabajo de investigación. Su diagnóstico es “trastorno de la conducta alimentaria” y “depresión psicótica” según la clasificación del DSM V. La paciente se encuentra internada en una institución médica que se encarga de la rehabilitación y asistencia de pacientes con diversas patologías; entre ellas; patologías psiquiátricas. La paciente se encuentra internada a raíz de un cuadro de desnutrición y deshidratación complejo producto de una conducta anoréxica que además ha provocado una desestabilización general de su salud, imposibilitándole caminar y permaneciendo acostada o sentada desde hace un año con muy poca movilidad incluso para alimentarse por sus propios medios. Al acceder a la historia clínica de la paciente, lo único que se desprenden son datos clínicos relacionados con su salud física y rehabilitación. Notas de los médicos tratantes, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra y psicóloga.

Durante la primera entrevista el psiquiatra y la psicóloga tratante me presentan a Ana. Me encuentro con una mujer extremadamente delgada, sentada en una silla de ruedas, con mirada perdida, babeándose por momentos. No habla a menos que alguien le pregunte algo. Y contesta monosilábicamente. La psicóloga le pregunta si comió, si la vino a visitar algún familiar... A todo responde por SÍ o por NO. No visualizo ningún tipo de discurso propio. No hay asociación con nada. Luego de esto, me retiro con la promesa de continuar viéndola por el lapso de dos meses en entrevistas personales.

La psicóloga me cuenta algo de su historia evolutiva. Ana tiene tres hijos; 2 mujeres y un hombre. Refiere que una de las hijas tuvo un antecedente de TCA y estuvo en ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia) por un tiempo. Los hijos no iban a visitarla mucho por llevarse muy mal con la madre. De a poco refiere que los hijos empiezan a visitarla. Su hija del medio, Yani tuvo una relación muy tensa con la madre y se fue de la casa familiar donde todos vivían. Esto significó que cortara su relación con su madre. La psicóloga me refiere que Andrea era una madre muy rígida, que siempre estuvo muy preocupada de la alimentación de la casa, “obsesionada” con comer “sano”. Empieza con toda la problemática cuando tiene un bolo fecal, la internan, vuelve a su casa y luego vuelve a ser internada. Me refiere que el “deterioro cognitivo” se incrementa a raíz de las internaciones y la falta de estimulación. Refiere que la medicación está apuntalando ese deterioro, afirma: “el desarrollo de la personalidad en paralelo con un TCA, genera mucha rigidez... la medicación es todo lo contrario”.

Vuelvo a ver a Ana durante un mes y medio con dos entrevistas semanales de una hora en la clínica donde se encuentra internada. Es de recalcar que dichos encuentros siempre se hacían con diferentes personas a su alrededor; lo cual

impidió establecer un encuadre claro y limitado. Enfermeros, médicos y otros pacientes se sucedían en diferentes horarios. De esta forma, las entrevistas semanales se desarrollaron tratando de encontrar espacios de tranquilidad con el objetivo de minimizar los distractores externos y preservar su intimidad. La paciente no siempre estaba dispuesta al diálogo. Hecho que también fue incorporado como parte de la intervención, encarnando en la figura del analista un Otro presente y sancionador como intento de marcar un límite al goce corporal que se evidenciaba.

Para comenzar el trabajo con Ana; se hacía necesario partir de un diagnóstico estructural que oriente las intervenciones posibles; como así también; establecer los límites de su alcance. Era claro que desde un abordaje psiquiátrico o psicológico la patología orgánica se ubicaba en el centro de la escena; imponiendo el modelo de intervención. Lo que se buscaba era restablecer la función orgánica alterada y la evaluación era solo a nivel corporal o conductual. Desde mi punto de vista, sin embargo, era claro que Ana presentaba una estructura psicótica donde el cuerpo era tomado como escenario delirante, a partir de la patología anoréxica y la desvitalización.

Como indicadores clínicos pude observar como Ana atravesaba la vivencia enigmática que reedita el agujero de lo simbólico producto de la operación de forclusión con un sentimiento de perplejidad constante evidenciado en el silencio resultante cuando cuestionaba algo relacionado con su padecer orgánico (¿“llena de caca” - fuiste al baño? ¿pediste a los enfermeros que te lleven al baño? - perplejidad). Observo en Ana la pérdida del sentimiento de vida. La encuentro siempre sentada en su silla de ruedas mirando la pared donde se encuentra una tv apagada. Ana está allí, inmóvil, con la mirada congelada; a merced de la manipulación de los médicos y enfermeras que durante todo el día intervienen sobre su cuerpo: la sientan, la acuestan, etc. Durante las primeras entrevistas; ante la pregunta de ¿“como estas hoy?” aparecen significantes que se imponen: “estoy llena”; “ansiosa” (aunque al observar conductualmente es todo lo contrario) “tengo sed”; “tengo calor”, “no hago caca”. Todas referencias orgánicas, salvo excepciones, que al tratar de indagarlas no remiten a nada. Queda en evidencia la ausencia de la significación fálica que permita construir una respuesta subjetiva a la experiencia. Por lo tanto, se presenta un vacío de significación que será rellenado con la certeza como una significación de significación. Ana no sabe lo que “eso significa”, pero sabe que “significa algo” (¿“Estoy angustiada de estar acá” - “Porque decís angustiada?” - perplejidad) con la certeza que concierne a su ser. Certeza que tiene el estatuto de un S1 “desencadenado” en puro real, lo cual genera una pérdida de significación. Esto también se pone en evidencia de los pocos datos obtenidos de su historia personal donde una identificación imaginaria cualquiera (la nutricionista), no se encuentra sostenida por el falo. Por lo tanto, cuando esa identificación imaginaria se rompe, se produce el desencadenamiento que, a su vez, guarda relación con

aquella (Anorexia). Está perdida del sentimiento se manifiesta en acto como puro real correlativa a la vivencia del sujeto como objeto de desecho. Ana está allí, inmóvil, con la mirada congelada a merced de la manipulación de los Otros.

Por último, hay fenómenos elementales como el estribillo (“quiero hacer caca”) o la intuición delirante (“estoy llena”) y principalmente, en este caso, los fenómenos del cuerpo englobados en el diagnóstico de “Trastorno de la conducta alimentaria”. Todos estos indicadores afirman el diagnóstico de psicosis y pone en evidencia la importancia que adquiere el diagnóstico estructural para ubicar el modelo de intervención y los alcances del mismo. “Hacer caca” se transformará en un significante que se impone y permanece durante toda la intervención y que, junto con otras, pondrá en escena su cuerpo débil y la percepción de fragmentación que experimenta; ya que sus dolencias siempre son referenciadas parcialmente en el discurso (“me duele el oído”, “quiero hacer caca”; “me duele la espalda”). De a poco, el cuerpo aparece como escenario donde el fenómeno anoréxico funciona unificando estas dolencias parciales en un cuerpo de “piel y hueso”. Donde se evidencia la ajenidad que representa para Ana y las operaciones que lleva adelante para que sea nominado como propio. En Ana el vacío se torna real y se presentifica a través del fenómeno anoréxico como un vacío sin representación, por fuera de la dialéctica de la falta; pues lo que queda es un vacío real. Esto remite a la nada que plantea la dimensión psicótica de la anorexia (**Recalcati, M, 2015**). Una nada que no está en relación con el deseo del Otro, sino más bien con el Goce del Otro. Tiene un carácter holofrásico, congelado, que expresa ese rechazo radical del Otro.

Está “nadirización” del cuerpo en los casos graves responde al “principio de nirvanización” del sujeto. En la teorización de Freud (**Freud, S. 1920**) éste indica la tendencia del aparato psíquico a reducir a cero el nivel de tensión interna. Esta tendencia es moderada por el principio del placer, que se estructura sobre la imposibilidad de un restablecimiento integral del cero. Así este “principio de nirvana” se aleja del modelo de conflictividad específica entre el principio del placer y el principio de realidad sobre el que Freud elabora la clínica de la neurosis. No es un principio de división del sujeto, sino más bien un principio de identidad (**Recalcati, M. 2015**) que se encuentra enteramente al servicio de la pulsión de muerte.

En el caso de Ana se evidencia esta tendencia a lo inmóvil o marmóreo del cuerpo. No hay movimiento, no hay vitalidad; solo queda la presencia vacía del mismo y su expresión que se hace presente sólo a partir de sus dolencias. Podemos pensar que el principio del placer se encuentra narcotizado en el principio de Nirvana. Ana se queja de no poder hacer caca, de encontrarse “llena”, de que le “aprieta” algo, y cuando algo del discurso parece implicarla; toma y come vorazmente hasta atragantarse. La función del “lleno” en ella adquiere dos aspectos: llena de comida o llena de caca. Es un significante que

se le impone y como tal; la causa del padecimiento orgánico que la lleva a estar internada por meses por el uso excesivo de laxantes. Se observa que el traumatismo del significante y la irrupción de lo pulsional obligan a una respuesta subjetiva que ordene lo que se percibe como fragmentado. El cuerpo se transforma entonces en el cuerpo de lo Uno donde destaca la economía del goce que tiende a cero, cerrada en sí misma, como la larva. La larva como condición de no-deseo (**Lacan, J. 1938**) donde el pensamiento del cuerpo se impone como el único pensamiento posible.

El cuerpo de Ana es tomado desde hace un año y medio completamente por un delirio que tiene que ver con ese “vacío y lleno” en juego constante, que ya estaba presente anteriormente (por los pocos datos obtenidos de su historia evolutiva) pero en forma invertida y proyectada. Ella alimentaba constantemente a sus hijos, se preocupaba porque coman, cocinaba para todos en su familia tratando de “llenarlos” de aquel alimento que, al mismo tiempo, era negado para ella misma. Su dieta era estricta y dependía del control de las calorías que ingería diariamente. Consistía en Yogur, fruta, agua y pollo. No comió otra cosa durante años, a pesar de las demandas de su familia. Hasta que hace unos dos años atrás, comienza a convertirse en “idea fija” el hecho de no ir al baño a evacuar y la posterior utilización de laxantes constantes y sin ningún control, llegando a tomar 4 o 5 por día. Esto fue mermando la capacidad del cuerpo para resistir enfermedades como para obtener los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento, derivando en la internación actual. Tanto el psiquiatra como la psicóloga tratante identifican que esta situación fue lo que derivó en un deterioro cognitivo que se manifiesta en su incapacidad actual para darse a entender, cómo en deficiencias neurofisiológicas del habla.

Como hipótesis del desencadenamiento podemos pensar que Ana estuvo estabilizada durante un tiempo y que quizás, la vivencia de la pandemia, entre otros problemas personales; como la salida del hogar familiar de su hija con un novio que ella no aprobaba; terminaron por desencadenar el delirio; hasta ese momento acotado; en relación al alimento produciendo una desvitalización generalizada del cuerpo. La hija de Ana expresa cuán pendiente estuvo siempre su madre de las ingestas que sucedían en su casa, relacionando masa corporal y calorías ingeridas. Una vez que decidió estudiar la carrera de Nutrición y se recibió, solo pudo ejercerla por tres meses en un equipo de un hospital, porque quedó embarazada de su hija menor. Luego de esto, nunca más volvió a ejercerla. Aquí vemos como algo del goce pudo ser acotado en dicha figura: “la que estudió nutrición y sabe que comer” refiere su hija.

Aquí se produce un viraje interesante en relación al fenómeno anoréxico en Ana. No se trata de alcanzar una imagen “ideal”, ni de un acto radical que asegure el Ser ejerciendo la separación del Otro; sino más bien; una condición relacionada con el saber que se convierte en certeza. Certeza que, a su vez, otorga un ser,

allí donde no hay operación fantasmática que medie. Lo cual pone en evidencia el carácter delirante como puro imaginario que adquiere el “cuerpo” en la estructura psicótica. La metamorfosis corporal aquí es real. El cuerpo se deforma, el rostro se contrae, los ojos sobresalen, la piel se pega al hueso. El cuerpo que se percibe “lleno de caca” es un cuerpo que no le pertenece a Ana, sino que es un cuerpo invadido por el goce **(Recalcati, M. 2015)**.

Durante los dos meses de encuentros, no logre evidenciar ninguna mejoría en relación a su estado corporal. El discurso se sostiene en ese malestar constante (“me duele la espalda”, “me arde la nariz y los ojos”, etc.) que afirmaba la desvitalización. A pesar de las intervenciones sobre el mismo que se sucedían permanentemente (kinesiología, médicos, fonoaudiología) nada parecía cambiar. Lo cual podemos pensarlo como aquello que Massimo Recalcati denomina “éxtasis del hueso”; función que adquiere el hueso en la anorexia psicótica **(IBID, pag. 67)**. La aparición del hueso restablece una relación de propiedad del sujeto con el propio cuerpo. Ubica a la anorexia no solo como goce del vacío; sino como una modalidad de tratamiento del mismo, es decir, del riesgo de la disolución de la imagen del cuerpo. La visión de los huesos en el cuerpo de Ana podría encajar en esta hipótesis ya que brinda tranquilidad con su carácter de incorruptibilidad permitiendo que el cuerpo no se deshaga. El hueso como aquello que no se fragmenta. Dice Recalcati: “El hueso es el objeto que viene a ocupar el lugar de la imagen del cuerpo, donde en esta sustitución el sujeto realiza; no ya una pérdida de sí mismo, sino un reencuentro.” **(Recalcati, M. 2011)**

En esta vivencia delirante que Ana hace de su cuerpo, el hueso humaniza la carne. La libera de la vacuidad. Frente a la destrucción de su vitalidad, ella queda como puro objeto a través de cierta mineralización positiva del cuerpo mismo. Este, reducido a esqueleto, puede consistir sin recurrir a la imagen del Otro. Por ello, el encuentro con el esqueleto no resulta angustioso, sino pacificador. La contemplación del esqueleto en la anorexia psicótica sirve para reabsorber la despersonalización y en este sentido no existe mucha diferencia con los comportamientos autolesivos de ciertos psicóticos que, para contener la sensación de irrealidad y de disolución del mundo, se autolesionan con el fin de volver a enganchar a una certeza que ancla el sentido y la realidad de las cosas **(Recalcati, M. 2015)**. En el caso de Ana; podemos pensarlo como un rasgo - no simbólico, sino real - que unariza al sujeto. El sujeto de la estructura psicótica debe arreglárselas con su cuerpo sin la referencia a la significación fálica, sin el auxilio de ningún discurso establecido. Así pues, algunos sujetos llevan en su cuerpo las marcas de lo que no se inscribe simbólicamente.

A lo largo de las entrevistas pude confirmar que no hay inconsciente en juego ni en su discurso ni en su acción manifiesta a través del juego o los dibujos, confirmando el diagnóstico estructural y afirmando en su mostración particular

anoréxica; que el saber ya es sabido y ni el sujeto ni el cuerpo tienden a ser atravesados por el inconsciente.

El dibujo representa una forma de lenguaje simbólico que moviliza niveles primitivos de la personalidad y, por lo tanto, adquiere valor como instrumento clínico. Teniendo en cuenta que, en el campo de los dibujos proyectivos, la interpretación se basa, empíricamente, en los siguientes puntos fundamentales: El uso de los significados simbólicos comunes en psicoanálisis impregnados de determinismo inconsciente. y la experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución. Fenómenos patológicos tales como síntomas conversivos, obsesiones y compulsiones, fobias y estados psicóticos, que solo pueden comprenderse dentro del marco conceptual del simbolismo.

Aquí los dibujos que Ana realizó espontáneamente en dos sesiones distintas:



Figura 1:

Aquí es cuando Ana toma el lápiz y comienza a dibujar sin ninguna consigna propuesta. En la secuencia comienza por la cabeza, delineándola; para continuar con el esbozo de un cuerpo. Después completa con algunos detalles de ojos y boca. Sin nariz y provocando una transparencia en la zona del cuello y la cabeza.

Sus trazos son irregulares, remarcando líneas, como si la mano se moviera mecánicamente. Luego, espontáneamente comienza a escribir su nombre debajo de la figura. El espacio que utiliza es el derecho de la hoja en forma apaisada un poco centrado hacia abajo. El tamaño de la figura da cuenta de su posible estado melancólico, como así también, las formas del trazo indefinidas. El dibujo confirma el diagnóstico estructural y pone en evidencia la experiencia corporal tal cual es vivida por Ana. Aparece una cabeza sin expresión en los ojos, sonriendo al estilo de un maniquí, y un cuerpo que no termina de ser. Al que cuesta darle forma y fuera de límites concretos. Como hallazgo en este dibujo, Ana anota espontáneamente su nombre debajo de la figura; lo cual podría ser interpretado como otro intento de sostener su ser soportado/fijado a la imagen.

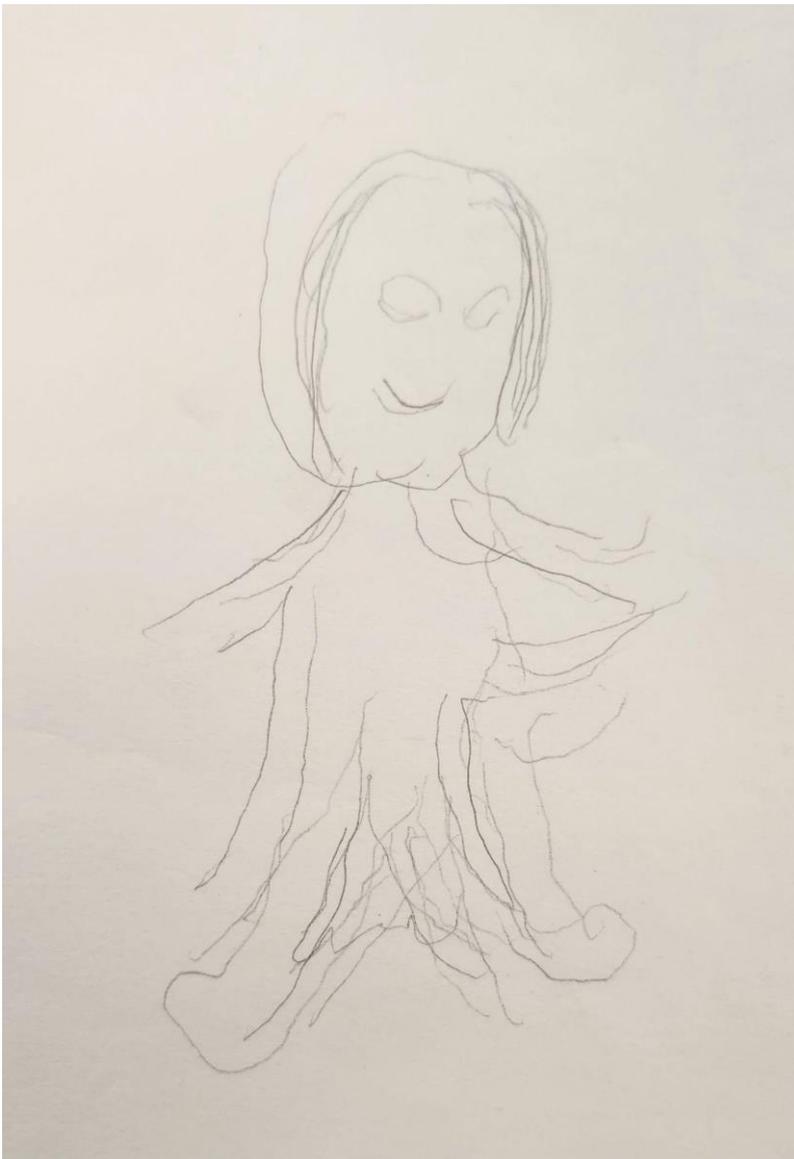


Figura 2:

Este dibujo fue realizado en la anteúltima sesión espontáneamente por Ana. La consigna fue: “dibuja lo que tengas ganas” y nuevamente, decide dibujar una

figura humana. Muy parecida a la figura 1, con una gran cabeza sin expresión y un cuerpo sin límites. Durante el dibujo utiliza el lápiz para reforzar las líneas mecánicamente, sin ningún objetivo concreto de dar forma a nada. Luego lo abandona y refiere: “no me sale nada”. Podemos establecer que a través del dibujo se pone en evidencia la vivencia de cuerpo fragmentado que sucede en la psicosis.

[Pasión por la boca](#)

Lo que podríamos denominar, como señala Massimo Recalcati; “*la pasión por la boca*” en el caso de Ana, se observa cuando expresa en su discurso: “*ganas de comer no es hambre*”. Aquí aparece una diferencia; apoyada en una aparente contradicción; que ella plantea entre ambas frases. En principio; surge esta diferencia entre el acto de comer separado de la necesidad, lo cual interroga sobre el aspecto amenazador que adquiere el hambre y la consiguiente defensa articulada en el acto de comer. ¿Comer para mantener a raya el goce amenazante del Otro encarnado en el hambre? En esta diferencia del acto de comer separado de la necesidad; da cuenta de la disolución imaginaria que adquiere la imagen corporal.

Por otro lado, cada vez que se la observa comer, devora intensamente el alimento. Se lo lleva a la boca en cantidad hasta que rebalsa del mismo y debe utilizar un babero. Afirma en distintos momentos que la comida le parece fea, sin sabor, y sin embargo; espera ansiosamente su llegada y la come toda vorazmente. Bebe su agua durante todo el día con avidez y solo toma “Levite”. En varios momentos de nuestras charlas, toma el vaso y succiona hasta atragantarse, hace fuerza para toser, y se nota que, ante ciertas preguntas, lo utiliza como medio de descarga directa de su ansiedad o angustia. Succiona hasta cuando no hay agua; con lo cual el acto queda nuevamente separado de la necesidad, como puro acto mecánico. Vemos así que la devoración se manifiesta como absolutamente desregulada, lo cual podríamos pensarlo en el orden del juego entre lo Lleno y lo Vacío que se despliega en el discurso: comer vorazmente - estar llena de caca. En este punto, considero que lo que aparece es el trayecto pulsional que se juega completamente en el registro de lo real, sin mediación simbólica; lo cual afirma al fenómeno anoréxico como expresión subjetiva del armado corporal delirante.

[Las posibilidades de intervención](#)

El cuerpo con el que me encuentro en cada sesión con Ana, es un cuerpo intervenido por el saber médico a toda hora. Entran enfermeros a chequear su estado o el de su compañera de cuarto, cada 3 hs. viene la enfermera con su comida, la trasladan para su ejercicio de rehabilitación con el kinesiólogo, tiene sesión con la foniatra y los médicos que chequean su estado varias veces al día.

En este contexto, en el que se van sucediendo los encuentros, su cuerpo es el cuerpo de la medicina. El puro organismo al que hay que restituir una función alterada. Ese es el objetivo de las distintas intervenciones que se hacen desde las diferentes disciplinas. Incluso el psiquiatra y la psicóloga tratante se orientan en el mismo sentido. La mirada clínica está puesta en “*restituir la función orgánica*” “*en que pudo llorar*” “*que pueda comer*”. Como se ve, son mandatos que se imponen desde el afuera, estilos que asume la demanda; sin tener en cuenta la dimensión subjetiva donde se aplican.

Está situación evidenciada a lo largo de los dos meses que pude verla, me llevaron a pensar acerca de los modelos de intervención que se ofrecen en estos casos y los diferentes objetivos que cada uno de ellos persiguen. Desde mi lugar como analista, en todo momento, mi objetivo estuvo orientado por el decir del paciente y lo que emergió en el vínculo. Pendiente de aquellos aspectos orgánicos en juego, sin detenerme en ellos como algo ajeno a la realidad psíquica del sujeto. Sino, integrándolos, y esforzándome en que algo del cuadro desvitalizante en juego, pueda moverse. Que algo pueda generarse como novedoso en esta estructura; como indicador de un contra-movimiento vitalizante.

Las dificultades en el abordaje de este caso no fueron pocas. Me encontré con una paciente que habla dificultosamente, se babea constantemente, permanece quieta todo el tiempo, con mirada perdida y vacía y en un estado de abulia total. Frente a esta situación, tuve que ir buscando formas y modos de relación que me permitiera indagar algo de su “estar” ahí. Tratar de encontrar la manera de acceder al discurso subjetivo que se esconde detrás del delirio corporal en juego, e “inventando” la posibilidad de que algún tipo de modalidad transferencial pueda desplegarse para tal fin.

En principio, y partiendo de los fenómenos que plantea este tipo de estructura; el sujeto psicótico testimonia un defecto, que tiene que ver con la constatación de un sentimiento de la muerte (**Soler, C. 1991**). Como ejemplo paradigmático: el “asesinato” del alma schreberiano; la mecanización esquizofrénica y la desvitalización y el dolor de existir del melancólico. Pero, paralelamente, los mismos sujetos no dejan de padecer fenómenos de exceso de goce. Exceso significa aquí, a la vez, un demasiado en el sentido de un insostenible y una atipia en las formas o la localización del goce. Por un lado, entonces, la instancia de la muerte; por el otro, el goce no regulado donde vemos yuxtaponerse, sin dialéctica, fenómenos de negativización y de positivización de la vida. Aquello que la neurosis dialectiza, la psicosis lo suelta, y esto en fenómenos contrastados de mortificación y goce desenfrenados. Entonces, se trata de saber qué lazo puede anudar un analista con un sujeto psicótico (**IBID, p. 47**)

El trabajo que he realizado con Ana me encontró tratando de establecer primero; un diagnóstico estructural que rápidamente fue corroborado por los fenómenos corporales en juego y el pobre discurso asociativo. Una vez establecida la estructura psicótica, se trató de hallar cuál sería mi posición como analista y cuáles las posibilidades de provocar algo, allí, donde prepondera el lenguaje de órgano y una desvitalización importante. En el caso de Ana, pude comprobar el fenómeno de la vivencia de mortificación que plantea Colette Soler; expresada como puro real que toma al cuerpo y los órganos; al mismo tiempo que el goce desenfrenado al ingerir el alimento y sentirse “llena de caca”.

Fue en el devenir de las sesiones, donde aprendí a conocer a Ana e identificar sus estados de ánimo; como también, darme cuenta que; en tanto analista; poder lograr algún tipo de movimiento en ella, implicaba también que yo pudiera realizarlo. Si le proponía hacer dibujos, era yo quien debía realizarlo junto a ella. El juego también era algo “entre dos”. Esta situación da cuenta que más allá de escuchar y estar ahí presente en tanto analista, también implica en estos casos; estar dispuesto a “poner el cuerpo” en el trabajo con los pacientes graves. No se trata de estar allí con la interpretación a mano; sino más bien; con una actitud donde toda la persona del analista está en juego. Ya sea, ayudando a acomodarse en su silla, sirviendo agua, o accediendo a sus demandas corporales. Estar ahí, en tanto presencia, que no la cuestiona a Ana en su delirio, sino más bien, la acompaña en las formas que su decir delirante adquiere; entendiendo esto como una forma de compensación imaginaria que demandaba una instancia regulatoria del goce.

La pregunta que subyace en el abordaje de estos pacientes es: ¿que lugar le queda al analista? dado que su lugar no depende de su deseo ni de sus maniobras, sino de puestos ofrecidos como posibles por la estructura. Colette Soler plantea tres posibilidades (**Soler, Colette. 1991**):

1. El analista ubicado como el Otro de la voluntad de goce que toma al sujeto por objeto, en forma de persecución o erotomanía (como el dios de Schreber).
2. O bien quedar ubicado bajo el significante del Ideal.
3. Quedar ubicado como semejante. Testigo. El que escucha, que toma nota, que supuestamente comprende y se apiada. Lugar del bálsamo; pero lugar del que está excluida la posibilidad de que se modifique al sujeto.

Considero que de todos estos lugares posibles, por el corto plazo del trabajo realizado con Ana, el tercer lugar es el primero que el analista puede esperar encontrarse. Como testigo del padecer del sujeto, escuchando el decir delirante sin oponerse ni cuestionar. Donde la interpretación no es la herramienta disponible para acceder a ningún saber supuesto; ya que el saber queda del lado

del psicótico. Ana sabe acerca de su padecer y construye su delirio para dar cuenta de ello. Delirio que no se cuestiona ni es cuestionado. Y es a partir de este punto, que percibí que algo comenzó a fluir. Pasando de un estar en silencio, en el que ella hablaba de sus dolencias físicas, a “ser recibido” por ella con ánimos de contarme novedades hacia el final de nuestros encuentros. En el medio, algunos fragmentos de discurso que puedan dar cuenta de un reconocimiento en tanto semejante y un mínimo destello de algo asociado al aspecto vital: “juguemos los tres” “cuando vuelve a venir” “cuando es el último partido”. Considero que estas expresiones dan cuenta del reconocimiento mío como semejante; como así también la instalación de un vínculo. Notablemente reconocido en la última sesión donde parece estar ofendida porque ya no volveré a verla.

Otro de los factores revitalizantes a considerar es la voluntad de Ana a prestarse a jugar conmigo. El juego era el LUDOMATIC. Juego que requiere presionar un recipiente con un dado y que Ana no podía realizar por sus propios medios, ya que no tenía fuerza en la mano. No obstante, Ana se presta a jugar, aunque como consecuencia de su estructura, el juego que desarrolla es mecánico; no hay internalización de las reglas, puro movimiento y repetición. Si bien no es algo que ella plantea; se presta a jugar conmigo. Luego, en la anteúltima sesión demandará jugar, pero con su hija y conmigo. Tomar esto como indicador de vitalidad surge en tanto el juego es una actividad voluntaria y aunque la negatividad es un fenómeno de la estructura; desde la acción algo se mueve a jugar. Por lo tanto, podría considerarse como actividad que aporta un plus de bienestar, como característica propia que tiene el acto de jugar (**Benseñor, C. 2022**)

El juego se soporta en un objeto (bingo, cartas, dominó, generala) que funciona no pocas veces como elemento tercero, operando una cierta extracción de goce del Otro y favoreciendo la institución de un otro “más amable”. Pero hay en todos los casos algo que está presente y que hace interesante este recurso: estos juegos tienen, por definición, sus propias reglas, su propia ley, y un marco que funciona al modo de una escena.

[La transferencia posible](#)

¿De qué transferencia hablamos cuando el par analizante-Sujeto supuesto Saber no se establece como tal? El saber, en la psicosis, está en principio en el Otro, que tiende a totalizarlo, y a su vez ese saber no es transferible, más que bajo una modalidad problemática, que podría volver al analista persecutorio. En este marco; cómo operar para que se produzca un saber que no sea pura repetición de esta estructura, que más bien descomplete al Otro, y en cuya producción el analista esté implicado. Es decir que el analista queda desprovisto

de los resortes que Lacan formula como Sujeto supuesto Saber (SsS) y semblante del objeto. Como sostiene Vegh: “El analista no sostiene ni le es atribuido el lugar del Sujeto supuesto Saber” (Vegh, I. 2007)

Entonces aquí estamos ante la presencia de otro modo para pensar la transferencia, en el que está en juego un otro más amable, y no por ser destinatario de un testimonio de padecimiento, sino por “prestarse a un intercambio verbal que no es desacertado denominar «charla»” (Belluci, G. 2009). La palabra no funciona en calidad de testimonio, sino como *verificación de la presencia del otro*. Se trata, en este punto, de un otro vaciado de goce, pero que no se presenta como destinatario de ningún testimonio, sino como alguien con quien se puede sostener un intercambio mediatizado por algún hacer. Ese hacer, en el que suele tomar parte algún objeto (material o no) produce no pocas veces *la extracción de una parte del goce*. Esto en el caso de Ana sucede cuando se desarrolla el juego. Equivale en acto a la extracción del objeto *a*, que va de la mano con la restitución de cierta circulación social, supliendo de esta forma la falta de una auténtica escena del mundo. Considero que, en el caso de Ana, esto consistió en estar allí presente como semejante y testigo a la vez. Y finalmente, podría pensarse que ocupando algún lugar de terceridad cuando se instala la demanda de un “juego de tres” literalmente. Durante las entrevistas la invito a “charlar” sobre su familia, amigos, intereses. Descubro que le gusta leer, pero nadie de su familia le acerca un libro o anteojos para que pueda hacerlo. La invito a que les demande, pero no lo hace. Es a través de su hija que me entero que pintaba cuadros. Le pregunto acerca de eso y no quiere hablar mucho manteniendo una expresión de perplejidad ante este tema. Su hija me relata que sólo pintaba paisajes y solamente en técnica de acrílico. Me pareció muy específico eso y corroboro el nivel de fijeza que estaba instaurado en ella. Considero que el momento “bisagra” de la intervención se evidencia cuando Ana espontáneamente, decide comentarme que la visitó su amiga de la infancia. Ya no aparece el cuerpo en primer plano, sino las ganas de relatar este encuentro. Lo considero como indicador de una espera. Ella me esperaba para contarme. Puedo considerar esto como indicador de “presencia y testigo” de su decir.

El tratamiento y, más específicamente, el lugar del analista en la psicosis, como destinatario ha sido uno de los puntos sobre los que más se ha insistido, inaugurando un margen para la instauración de un lugar distinto a aquél que convoca la transferencia persecutoria o erotómana. Piera Aulagnier, por caso, delimita lo que llama «lugar del escuchante» (Wright, B. 2014). Esta autora plantea que el analista puede darse la chance de no recaer en alguno de aquellos lugares si apuesta a aflojar la palabra del paciente.

La referencia al “testigo” es, seguramente, el que más habitualmente se menciona. Por otra parte, “la figura de «secretario del alienado», invocada

también con frecuencia, agrega una operación de escritura que en ocasiones los propios psicóticos requieren, pero que otras veces realizan por su cuenta. **(Lacan, J. 1955)**. El psicoanalista presta su significante, su nombre de psicoanalista, y también su presencia, o sea; su capacidad para soportar la transferencia delirante. Sostener este lugar con Ana en las primeras entrevistas no fue fácil y requería de mucha paciencia, ya que no había circulación de palabra. Sostener el silencio a lo largo de las entrevistas, se convirtió luego en la maniobra analítica que permitió que algo de su decir aparezca en tanto era sancionado por mi presencia. Maniobra que siempre será azarosa y que solo será operante desde el lugar del Otro, que es el partenaire de las elaboraciones espontáneas del sujeto **(Soler, C. 1991)**. Dicha maniobra debería apuntar a obtener un influjo de lo simbólico sobre el real en juego, con el efecto de negativización consiguiente. En otros momentos, la maniobra analítica fue la de establecer un límite a la demanda cuando en cada encuentro pedía que la acomode en su silla o que le limpie la boca al comer. Entonces le alcanzaba una servilleta y le sugería que ella podía limpiarse sola, ya que no había impedimento físico en realizarlo. Esto apunta a poner un coto a la experiencia de goce.

Colette Soler **(IBID, pag.20-30)** hace observaciones sobre cuál debe ser la posición de analista en relación con el psicótico: en primer lugar, la abstención en dar una respuesta cuando; en la relación dual; convoca al analista para llenar el vacío de forclusión por medio de su decir y a rellenar ese vacío con sus imperativos. Esta es la manera de evitar la erotomanía. En segundo lugar, actuar como una función del límite al goce del Otro. Este movimiento proporciona una inversión en la forma de tratar, si tenemos como base la neurosis. Si en el neurótico hay una rectificación del sujeto, en el psicótico hay una rectificación del Otro. Luego llegamos a lo esencial: si en la psicosis la desestabilización es debida a la falta de la significación fálica, consecuencia lógica de la falta de la metáfora paterna, la construcción de una metáfora delirante puede servir como punto de basta, creando un punto de parada en el deslizamiento del significado bajo el significante **(Soler, C. 2004)**. En el trabajo con Ana; desde el primer momento la posición analítica consistió en “poner el cuerpo” soportando muchas cosas: mantener el vaso lleno de agua para que tome, acomodarla en su silla, limpiarle la boca mientras come, etc. El analista debe “prestar el cuerpo” como condición de esta posición transferencial particular. En esto vemos como la implicancia de lo corporal se pone en juego en ambas direcciones en este caso. Ana con su cuerpo intervenido y “muerto” y el analista con su cuerpo como soporte de la necesidad del otro. Todo en un plano de puro real. La diferencia de la intervención analítica de otros saberes (médicos, psicólogos, terapeutas) es que el analista ofrece la escucha del malestar subjetivo, aun cuando ésta no fuese demandada y, de este modo, pretende conmover la rigidez pulsional habilitando la apuesta por la palabra con el objetivo de provocar efectos terapéuticos sobre el malestar. En el tratamiento con Ana; mi presencia habilitó ese fluir y los efectos terapéuticos fueron acotados al poco tiempo de la

intervención. Entre ellos; el prestarse a jugar con un otro semejante y el discurrir de la palabra a lo largo de las entrevistas pueden considerarse como efectos de la intervención.

Ahora, ¿cuál es el uso de la palabra en estos tipos de casos? Adquiere diferentes funciones. En principio ubicarnos como analistas en ocupar el lugar del Otro del pacto, es decir; aquel que cumple su palabra. Especialmente con respecto a la ausencia/presencia: “cuando va a volver a venir”. Entender que soy el “que siempre vuelve”, en la simplicidad de la expresión, es una simbolización de la ausencia, que hasta puede pensarse como el analista en función de suplencia de la operación primordial. Otra maniobra en juego es el “poner límites” a la demanda del otro. Con esto, el analista introduce enunciados legales. Introduce la idea de que en la dialéctica de la apropiación no solo intervienen el tú o el yo del apetito, sino que hay una terceridad en juego. Por último, otro lugar posible podría ser como el Otro que protege. Y en este proteger, también hay una apropiación de goce en juego, por ejemplo, cuando le insisto que debe comer todas las comidas, puesto que mucho gira alrededor de la pulsión oral.

Del trabajo en transferencia con Ana, surgen en diferentes momentos significantes de carácter absoluto como “caca” y “llena”. Esta definición sirve para expresar, justamente, su carácter de real. Estos significantes como aquello que se impone y cuyo único significado es la voluntad de goce. Considero que Ana se encuentra alienada a ellos; pero una alienación sin dialéctica. La lógica de esta dialéctica, en cambio, sería: al no haber falta en el Otro y al no haber significativo falto, son objetos reales los que vienen a especificar y saturar el agujero real (**Ibid, pag.27**). Esta dialéctica se formula en hacerse mutilar o mutilar al Otro. Es una dialéctica en el cuerpo a cuerpo que remite a aquello que Lacan plantea en “Posición del inconsciente” (**Lacan, J. 1960**) al hablar de la separación. Esto es: la cola del lagarto “soltada en el desamparo”, el pedazo de cuerpo soltado para no perder la vida en él. Salvo que aquí no se trata de la separación entre Ana y la cadena significativa, sino de una separación entre el sujeto encarnado y un Otro que existe como voraz. La “caca” o el “lleno” no es metafórico, sino que muestra su cara en tanto real. Hay algo que debe “perderse” y a lo cual se subsume todo el ser de Ana. La idea delirante del “lleno de caca” es la que promueve la operación constante en acción (toma de laxantes) que busca reparar esa falta no constituida simbólicamente. Vemos así confirmada la teoría freudiana que plantea al delirio como un intento de compensación que además tiene carácter subjetivo en tanto es todo el ser del sujeto el que está en juego en él (**Freud, S. 1923**).

En cuanto a los aspectos de la intervención que se apuntalaron sobre objetos como el dibujo o el juego, pude constatar cómo se convirtieron en razón para generar un movimiento “vitalizante” dentro de su realidad estática. Ella me dijo específicamente que juego le gustaba; aunque después se negó varias veces a

realizar la acción. Pude constatar que su negación se corresponde con la negatividad que presentan los cuadros psicóticos; y que estaba vaciado de sentido. Allí intervine sacando el juego de su caja, lo puse sobre la mesa, desplegué las fichas; y ella espontáneamente comenzó a jugar. Un juego que, sin embargo, se presentaba como algo mecánico. La acción no está apuntalada en el deseo de jugar y dudo que hubiera internalización de las reglas; sin embargo, se produjo un movimiento vitalizante que la alejó por un momento de su “quietud mortífera”.

Debemos pensar las posibilidades de establecer una modalidad transferencial en la intervención con pacientes psicóticos con una lógica particular y distinta que en el abordaje de pacientes neuróticos. No obstante, la posición de la transferencia merece ser interrogada; considero que dicha interrogación no debe cerrarse en discursos amos, ni universitarios; sino que se trata de sostener una práctica no-toda.

Conclusión

De lo expuesto y trabajado en el campo con la paciente Ana; este caso expone las dificultades que se presentan en la práctica clínica en el abordaje de las psicosis. No hay una psicosis igual a otra y esto hace que los modelos de intervención requieran de una maniobra analítica particular para cada caso; que se enmarca más en el orden de la “invención”.

El caso de Ana presenta características particulares en tanto pone en evidencia lo Real del cuerpo de la psicosis en el fenómeno anoréxico. Cuando pensamos en las “invenciones” posibles, se trata de tener en cuenta a cada paciente en su decir delirante. Esto servirá de brújula para orientar la técnica en función de dos objetivos: el acotamiento del goce desenfrenado y la posibilidad de una “estabilización” imaginaria que le permita al sujeto una existencia más tolerable. Obviamente, debemos pensar nuestra intervención inserta dentro de un marco interdisciplinario donde también el aporte de la psicofarmacología influya sobre las conductas destructivas en juego y apunte el trabajo analítico.

Considero que es importante resaltar; en el marco de las “invenciones” posibles, no descartar el trabajo a partir de objetos apuntaladores. Objetos que hagan “como si” del objeto transicional en tanto permitan y faciliten el despliegue subjetivo del sujeto y permite instalar una terceridad en juego allí donde no la hay.

En el caso de Ana, el objetivo que fue apareciendo en el devenir de las sesiones, se cumplió. Hubo algunos indicios que pueden aislarse; tanto desde la acción como en el discurso, de un efecto vitalizante provocado por la intervención analítica en particular. Pudo articular una demanda de presencia (“cuando vuelve a venir”), prestarse al juego mecánicamente para luego pasar a la demanda de juego de a tres y, finalmente, alejarse del discurso puramente de órgano (al relatar el encuentro con su amiga). Todas estas, producto de las maniobras analíticas que se inventaron, con el objetivo de conmover algo de su cuadro desvitalizante.

Es importante destacar la diferencia intrínseca que implica el tipo de abordaje psicoanalítico de los casos graves, diferenciándolo de otros abordajes psicológicos y/o psiquiátricos. Sobre Ana recae el saber psiquiátrico en forma de múltiples medicaciones que ayudaron a estabilizar el cuadro depresivo y de negatividad manifiesta, acción necesaria que facilita la intervención analítica. Desde la psicología, el abordaje se caracterizó por restablecer la función orgánica en línea con el abordaje psiquiátrico. De todo el equipo médico tratante, y por la orientación propia de donde va dirigida su intervención; no hubo mucho interés por saber la causa de su padecimiento subjetivo y tampoco el establecimiento de una estrategia terapéutica interdisciplinaria que apunte a vitalizar algo de la experiencia viviente. La psicóloga en sus intervenciones pregunta acerca de cómo está, si comió, si duerme, anota “rigidez de pensamiento”, etc. Estos son ejemplos de la dificultad que hubo en la instalación de un dispositivo que permita el abordaje interdisciplinario.

En este contexto, es de vital importancia pensar la acción terapéutica orientada al padecer subjetivo y; a partir de allí; intervenir con un enfoque mucho más amplio, para no solo restablecer la función orgánica dañada o perdida, sino

también, recuperar algo del padecer subjetivo que pueda ser integrado como objetivo terapéutico imprescindible e inseparable de cualquier abordaje interdisciplinario. Consiste en oponer la actuación propia del psicoanálisis a la de los terapeutas cognitivos; quienes buscan desmontar las certezas delirantes y las alucinaciones mediante argumentos lógicos, persuasión, pruebas de realidad, debates socráticos y otros métodos «racionales» que, en ningún modo se ajustan a la esencia de la psicopatología psicótica. No sirve de nada que nos enfrentemos, con la fuerza de nuestra razón neurótica, al muro de sus certezas. Esto pude verificarlo claramente cuando ante las preguntas del porqué de su angustia o su ansiedad; o ante la explicación que las enfermeras me comentaban que había ido al baño normalmente, aparecía su perplejidad como respuesta.

Pude observar como la insistencia puesta en restaurar la función orgánica alterada no modifica ni impacta sobre las características propias de la estructura psicótica. En los dos meses de entrevistas no pude observar ninguna mejoría orgánica, más allá de su alimentación voraz. No hubo avances en su rehabilitación kinésica; ni en sus posibilidades de articular el habla. Aquí es donde el psicoanalista deberá insertarse como parte de un equipo que trabaje tomando en cuenta; también la realidad psíquica del sujeto. Perseguir como objetivo terapéutico el restablecimiento de la función orgánica alterada es indispensable en los casos graves; aunque por sí solo; la función orgánica; paradójicamente; funciona también como límite de la intervención desde el saber médico/psiquiátrico. En el más allá de lo orgánico es donde comienza el trabajo del analista que apunta al acotamiento del malestar subjetivo a partir de las maniobras analíticas de las que pueda disponer.

La psicosis arraiga en lo más íntimo del ser, y de poco sirven esas palabras «sanadoras» que se manifiestan desde un lugar que no es el suyo. Es más conveniente que primero observemos, escuchemos y tratemos de pensar en lo que el paciente se está jugando en su discurso. A partir de ahí podremos señalar, interpretar o favorecer determinadas conductas en función del momento en que se encuentre la persona; incluso, el silencio o «el arte de no intervenir» pueden ser buenas soluciones en ciertos momentos.

Frente a la angustia, el terror o la simple extrañeza que produce el desenganche del propio lenguaje, de la percepción del cuerpo o de la realidad; nuestra mera presencia física, nuestra firmeza o nuestra empatía puede constituir un bálsamo más eficaz que cualquier intervención «milagrosa».

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders. In: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed.
2. Aprahamian, I. [et al] (2021) The concept of anorexia of aging in late life depression: a cross-sectional analysis of a cohort study. En: Arch. Gerontol. Geriatr. 2021 Jul-Aug;95:104410. doi: 10.1016/j.archger.2021.104410.
3. Astorga, L. (2016) Sobre la construcción de un cuerpo. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.
4. Ban, T. y Ucha Udabe, R. (1995) Clasificación de las psicosis. Ed. Salerno.
5. Bassols, M. (2014). El ocaso de la psiquiatría: ¿y después?. En: Freudiana: Revista psicoanalítica vol. (72) pag. 41-45
6. Belluci, G. (2014) La transferencia en la psicosis. Disponible en: <https://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psicosis/12733>
7. Bernal, H. A. (2009) Las estructuras clínicas en el psicoanálisis Lacaniano. En: Rev. Poesis (18) Dic.2009. Disponible en: <https://noticias.unsam.edu.ar/2020/11/20/la-huella-clinica-de-la-psicosis/>
8. Bravo, O. A.[ed.] (2018) Una década del programa de Psicología en la Universidad Icesi : trayectorias y enfoques plurales. La Universidad.
9. Casalprim, R. (2013) El cuerpo y la psicosis. En: Norte de salud mental vol. 11(47): 107-114
10. Fendrick, S. (1998) La dirección de la cura en la Anorexia. En: Revista de psicoanálisis y cultura, vol. 8.
11. Freud, S. (1904) Sobre la psicoterapia de la histeria. En: Obras completas. Vol. II. Amorrortu.
12. Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En Obras Completas Vol. XII Amorrortu.
13. Freud, S. (1914) Introducción del narcisismo. En: Obras completas. Vol. XIV Amorrortu.
14. Freud, S. (1915/1976) Lo Inconsciente. En Obras completas Vol. XV. Amorrortu.
15. Freud, S. (1920) Más allá del principio del placer. En Obras Completas: Tomo XVIII. Amorrortu.
16. Freud, S. (1923) Neurosis y psicosis. En: Obras Completas. Vol. XIX. Amorrortu.
17. Freud, S. (1924) Pérdida de la realidad en Neurosis y psicosis. En: Obras Completas. Vol. XIX. Amorrortu.
18. Freud, S. (1923) El yo y el Ello. En: Obras Completas. Vol. XIX.
19. Freud, S. (1925) Autobiografía. En: Obras Completas: Vol. III. Biblioteca Nueva.

20. Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Lugar Editorial
21. Jaspers K. (1996) Psicopatología General. Fondo de Cultura Económica.
22. Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J. (1994) Sinopsis de psiquiatría. Ed. Panamericana.
23. Kohut, H. (1971) Análisis del Self. Amorrortu.
24. Lacan, J. (1938) "Les complexes familiaux dans la formation de l'individu", en *Autres Écrits*, Éditions du Seuil.
25. Lacan, J. (1953-54) Seminario 1 : los escritos técnicos de Freud. Paidós.
26. Lacan, J. (1955) Seminario 3 : las psicosis. Paidós.
27. Lacan, J. (1956-57). Seminario 4. Paidós.
28. Lacan, J. (1976-76) Seminario 23: "El Sinthome". Paidós.
29. Lacan, J. (1975) Escritos 2. Siglo XXI.
30. Lacan, J. (2006) Radiofonía y televisión. Anagrama.
31. Lacan, J. (2009) El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia analítica. En: Lacan, J. Escritos 1. Siglo XXI.
32. Lacan, J. (2008) Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud. En: Escritos 1, Siglo Veintiuno.
33. Laurent, E. (2014). La crisis posDSM y el psicoanálisis. En: *Freudiana: Revista psicoanalítica*. Vol 72, pag. 23-40
34. Leibson, L. (2006) Perdida del cuerpo en neurosis y psicosis. En: *Acheronta* vol.23. Disponible en: <https://www.acheronta.org/acheronta23/leibson.htm>.
35. Lopez Laso, J. M. (2019) La cuestión de la transferencia en la psicosis. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Filosofía. Trabajo de investigación Master en Psicoanálisis.
36. Luterau, L. y Muñoz, P. D. (2017) Nada para comer: actualidad de la clínica psicoanalítica: acting out, pasaje al acto, locuras, fenómeno bulímico-anoréxico. *Letra Viva*.
37. Mayo Clinic (2018) Anorexia nervosa. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
38. Maleval, J. C. (2009) La forclusión del nombre del padre: el concepto y su clínica. Paidós
39. Miller, J. A. (1982) "Esquizofrenia y Paranoia", Conferencia pronunciada en Bruselas y publicada en *Quarto Nro. X*, Bruselas.
40. Miller, J. A. (1996) *Matemas I*. Jorge Zahar Editor.
41. Miller, J. A. (2002) De la naturaleza de los semblantes. Paidós.
42. Millas, D. (2013) "Cuerpos Poseídos". En *Revista Virtualia* N° 26, 2013.
43. Mulchandani, M. et al. (2021) Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. En: *Syst Rev* (2021) 10:275. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01823-1>
44. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. OMS/OPS.

45. Pires Mora, G.; et al. (2016) Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adultos: tasas de prevalencia y evolución clínica. Trabajo presentado en XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.
46. American Psychiatric Association (2005) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 2nd Edition. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/foc.3.4.546>
47. Recalcati, M. (2015). Clínica del vacío : anorexias, dependencias y psicosis. Síntesis.
48. Recalcati, M. (2011). La última cena : anorexia y bulimia. Del Cífrado.
49. Restrepo, J.; Bueno, J. M. y Muñoz Lopez, A. El cuerpo a cielo abierto en la psicosis. Trivium [online]. 2020 vol.12 (1) 107-118 . Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2020v1p.107>
50. Roux, H.; Chapelon, E. y Godard, N. (2013) Epidemiology of anorexia nervosa: a review. En: Encephale 2013 Nov; 39 (2): 543-8
51. Soler, C. (1991) Estudios sobre la psicosis. Manantial.
52. Soler, C. (2004) El inconsciente a cielo abierto. JVE.
53. Seeman, M. V. (2014) Eating disorders and psychosis : seven hypotheses. En: World J. Psychiatr. 2014 vol.4 (4): 112-119
54. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología (2001) Psicosis. UBA.
55. Unzueta Nostas, C.; Lora, M. E. (2003). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. En: *Ajayu* 1(1), 136-154. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100009&lng=es&tlng=es
56. Urriolagoitia, G. (2012) La estructura de la psicosis como consecuencia de la forclusión del Nombre del padre. En: *Ajayu*, 10 (2), agosto 2012, pág. 163-171 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200003
57. Vegh, I. (1993) "Estructura y transferencia en la psicosis". En: *Las psicosis, Homo Sapiens*.
58. Villa Delgado, D. P. y Montañez Holguín, M. (2010) "¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis?". En: *Rev. Académica e Institucional* 86: 53-66.
59. Winnicott, D. (1954) Desarrollo emocional primitivo. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia.
60. Wright, B. (2014) Del juego como tratamiento posible de la psicosis. Disponible en: <https://www.elsigma.com/hospitales/del-juego-como-tratamiento-posible-de-las-psicosis/12679>

ANEXO

Viñeta Clínica - Ana

La paciente Ana (nombre de fantasía) tiene 64 años y me es referida por el equipo de salud mental tratante a los fines de poder realizar mi trabajo de investigación. Su diagnóstico es “trastorno de la conducta alimentaria” y “depresión psicótica” según la clasificación del DSM V. La paciente se encuentra internada en una institución médica que se encarga de la rehabilitación y asistencia de pacientes con diversas patologías; entre ellas; patologías psiquiátricas. La paciente se encuentra internada a raíz de un cuadro de desnutrición y deshidratación complejo producto de una conducta anoréxica que además ha provocado una desestabilización general de su salud, imposibilitándole caminar y permaneciendo acostada o sentada desde hace un año con muy poca movilidad incluso para alimentarse por sus propios medios.

Al acceder a la historia clínica de la paciente, lo único que se desprenden son datos clínicos relacionados con su salud física y rehabilitación. Notas de los médicos tratantes, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra y psicóloga. De la anamnesis clínica se desprende el siguiente cuadro:

Motivo de ingreso: Rehabilitación integral.

Diagnóstico: Desnutrición.

Antecedentes personales

- Trastornos de la conducta alimentaria y depresión psicótica.
- Desnutrición bajo tratamiento por SNG en domicilio.
- Múltiples internaciones por cuadros de diarrea interpretadas como secundarias al uso de laxantes
- No está vacunada para COVID.
- Internación por diarrea por clostridium difficile en sanatorio XXX
- Constipación crónica con múltiples internaciones por bolo fecal.
- Hiponatremia crónica interpretada como secundaria al uso de laxantes.

La paciente ingresa a clínica XXX el 29/09/2021 por cuadro de desnutrición con peso de 34 kg y un IMC de 14 a pesar de alimentación SNG (sonda nasogástrica) en domicilio.

Evoluciona con tendencia a la conspiración de difícil manejo y polidipsia primaria sin hiponatremia. Por resistencia a la ingesta de psicofármacos se administran por SNG. Evaluada por psiquiatría inicia tratamiento con clozapina.

Presenta infección urinaria y se realiza tratamiento antibiótico.

Presenta reactivación de zoster por lo que realiza tratamiento con aciclovir EV por persistencia de neutropenia. Evoluciona con pancitopenia y recaída de fiebre intra neutropenia y bajo tratamiento antibiótico por lo que realiza tratamiento con vancomicina-anidulafungina.

El 05/01/2022 se realiza PAMO/BMO que evidencia marcada hipoplasia hematopoyética sin monoclonalidad en CMF. Evoluciona con descargas epileptiformes fronto temporales izquierdas por lo que inicia Clonazepam 0,5 mg. cada 8 hs. En resonancia magnética de cerebro no se evidencian lesiones isquémicas u ocupantes de espacio.

el 10/01/2022 presenta enfermedad por covid leve.

El 09/02/2022 se realiza escarectomía por escara sacra.

Objetivos del tratamiento:

- Rehabilitación motora
- Rehabilitación fonoaudiológica
- Curación de escara sacra.
- Soporte nutricional.

Medicación

- > Lágrimas artificiales
- > Lactulosa
- > Kaon
- > Barex
- > Ácido fólico
- > Total magnesiano
- > Nutrición enteral
- > Paracetamol
- > Omeprazol
- > Meprednisona
- > **Lorazepam 1 mg**
- > **Paroxetina 10 mg**
- > **Quetiapina 12.5 mg + 50 mg**
- > **Clozapina**

Resumen:

Paciente con antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria y del estado de ánimo de larga data. Sin tratamiento. Es internada por cuadro de desnutrición el 20/09/2021 con SNG y tratamiento psicofarmacológico con pérdida de peso y masa muscular. **Actualmente se objetiva deterioro cognitivo no pudiendo movilizarse por sus propios medios.**

1er entrevista

El psiquiatra y la psicóloga tratante me presentan a Andrea. Me encuentro con una mujer extremadamente delgada, sentada en una silla de ruedas, con mirada perdida, babeándose por momentos. No habla a menos que alguien le pregunte algo. Y contesta monosilábicamente. La psicóloga le pregunta si comió, si la vino a visitar algún familiar... A todo responde por SÍ o por NO. No visualizo ningún tipo de discurso propio. No hay asociación con nada. Luego de esto, me retiro

con la promesa de continuar viéndola por el lapso de dos meses en entrevistas personales.

La psicóloga me cuenta algo de su historia evolutiva.

Andrea tiene tres hijos; 2 mujeres y un hombre. Refiere que una de las hijas tuvo un antecedente de TCA y estuvo en ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia) por un tiempo. Los hijos no iban a visitarla mucho por llevarse muy mal con la madre. De a poco refiere que los hijos empiezan a visitarla. Su hija del medio, Yani tuvo una relación muy tensa con la madre y se fue de la casa familiar donde todos vivían. Esto significó que cortara su relación con su madre. La psicóloga me refiere que Andrea era una madre muy rígida, que siempre estuvo muy preocupada de la alimentación de la casa, “obsesionada” con comer “sano”. Empieza con toda la problemática cuando tiene un bolo fecal, la internan, vuelve a su casa y luego vuelve a ser internada. Me refiere que el “deterioro cognitivo” se incrementa a raíz de las internaciones y la falta de estimulación. Refiere que la medicación está apuntalando ese deterioro, afirma: “el desarrollo de la personalidad en paralelo con un TCA, genera mucha rigidez... la medicación es todo lo contrario”.

Vuelvo a ver a Ana durante un mes y medio con dos entrevistas semanales de una hora en la clínica donde se encuentra internada. Es de recalcar que dichos encuentros siempre se hacían con diferentes personas a su alrededor; lo cual impidió establecer un encuadre claro y limitado. Enfermeros, médicos y otros pacientes se sucedían en diferentes horarios. De esta forma, las entrevistas semanales se desarrollaron tratando de encontrar espacios de tranquilidad con el objetivo de minimizar los distractores externos y preservar su intimidad. Aquí detallo las entrevistas más relevantes; ya que la paciente no siempre estaba dispuesta al diálogo. Hecho que también fue incorporado como parte de la intervención, encarnando en la figura del analista un Otro presente y sancionador como intento de marcar un límite al goce corporal que se desplegaba.

Entrevista 1 (junto con el Psiquiatra y psicóloga tratante)

Analista: Hola Ana. ¿Cómo estás?

Ana: Tengo ganas de hacer caca.

Analista: ¿le avisaste a las enfermeras?

Ana: me tratan mal. No me dan de comer.

Analista: ¿Tienes hambre?

Ana: (silencio) ganas de comer no es hambre. (Sobreviene un silencio)

Psiquiatra: ¿Estás haciendo ejercicio?

Ana: Si.

Psiquiatra: (me aclara) Se pudo parar, pero se cayó. (Y luego habla con la psicóloga delante de ella: “creo que está sorda del oído izquierdo”)

Me llama la atención que hablan delante de ella, sobre ella, como si no estuviera allí.

Psicóloga: ¿Vino a verte alguien?

Ana: vino Jessi. quiero hacer caca.

Entrevista 2

Analista: ¿Cómo estás hoy Ana?

Ana: estoy angustiada por estar acá. (me sorprende esa afirmación)

Analista: ¿Porque decís angustiada?

Ana: (me mira perpleja y se queda en silencio)

Analista: (después de un largo silencio) Ana contame, soñas cuando dormís?

Ana: Si.

Analista: ¿y te acordas algo?

Ana: sueños lindos.

Analista: ¿y te acordas de alguno?

Ana: estoy en un parque.

Analista: ¿Un parque que conoces?

Ana: No. Quiero hacer caca.

Entrevista 3

Analista: ¿Cómo estás Ana?

Ana: Ansiosa.

Analista: ¿por qué?

Ana: Ansiedad por la comida tengo.

Analista: Ya va a venir (hora de la cena). ¿Miras televisión?

Ana: Son horribles las noticias. Un programa de cocina a las 6 de la mañana.

Analista: ¿Ahh y cocinabas vos?

Ana: sí.

(Silencio prolongado)

Analista: ¿Vino a verte alguien de tu familia?

Ana: Ayer vino Jennifer. (Me cuenta que tiene 3 hijos: Jonathan, Jennifer y Jessica; la menor)

(Silencio)

A lo largo de esta entrevista me cuenta que sus padres aún viven y que son 3 hermanas. Ella es la del medio. Su padre contador trabajaba en su casa y su madre era ama de casa. Una hermana cuida a los padres y convive con ellos. Otra hermana se "*fue con un tipo y no volvió más*". Luego me refiere la psicóloga que, de sus hijos, solo Jonathan y Jennifer la visitan. Su hija Jessica no lo hace porque no se lleva bien con ella. Su marido la visita todos los sábados y vive en la casa familiar con el hijo mayor. Todo su discurso en relación a su familia es desafectivizado. Refiere que su marido está cuidando a su suegra que está muy mal de salud. Ella dice que su suegra es mala y no se llevan bien. Hace años que no se hablan. Cuando pregunto el porqué, más de una vez me contesta: "Se enoja por nada"

Durante las visitas; ella está sentada en una silla de ruedas, sostenida a ella por una faja para no caerse. Está con la mirada perdida, los ojos vidriosos y la boca en un rictus medio abierta. Se balancea por momentos. Demanda que la acomode en la silla cada tanto y tiene un recipiente con agua saborizada "LEVITE" con un sorbete del cual toma vorazmente por varios momentos. En esta entrevista comienzo a notar que por momentos hace contacto visual.

Entrevista 4

Analista: ¿Cómo estás hoy Ana?

Ana: Ansiosa

Analista: ¿Porque decís ansiosa?

Ana: Ansiedad por la comida. (está por llegar la cena)

Analista: Ya va a venir. ¿Estás durmiendo bien?

Ana: Si.

(Silencio)

Analista: ¿Soñas algo?

Ana: que estoy en otra casa, ajena.

Analista: ¿Y qué haces ahí?

Ana: No sé.

Analista: ¿Y te acordas de algo del sueño? que hacías?

Ana: era un campo. No hacía nada. (se la nota inquieta por la comida)

Analista: contame, y cuando eras chica; ¿cocinabas?

Ana: Mamá cocinaba.

Analista: ¿y vos la ayudabas?

Ana: copiábamos recetas de la tele.

Arriba la comida y terminamos el encuentro.

Entrevista 5

Analista: ¿Cómo estás hoy Ana?

Ana: Mal.

Analista: ¿Por qué?

Ana: Porque hace calor. (me pide la levante y la siente bien en la silla en las últimas entrevistas, a lo que no accedo y le preguntó si le aviso a la enfermera, a lo que me dice que no. Doy aviso a la enfermera y la acomodó).

Analista: cuando te sentís incomoda o necesitas algo, podés pedirle a la enfermera. (me mira perpleja, en silencio).

Ana: no me da bolilla.

(Silencio)

Analista: ¿Te gusta dibujar?

Ana: Lo hacía antes (luego su hija me contó que ella pintaba con acrílicos cuadros)

Analista: y tenes ganas que la próxima dibujemos

Ana: No.

Analista: bueno vemos si la próxima quieres. (empiezo a notar que el NO se instala como respuesta automática)

Entrevista 6

Analista: ¿Cómo estás hoy Ana?

Ana: Mal. Porque no voy de cuerpo.

Analista: uhh. ¿Le avisaste a la enfermera? (silencio)

(Silencio prolongado)

¿Vino alguien a visitarte?

Ana: vino mi hijo con mi marido y Jennifer.

Analista: ¿y de qué hablaron?

Ana: de nada.

(silencio prolongado)

Analista: ¿Ana, en algún momento te sentís mejor?

Ana: (silencio y perplejidad) Me podés sentar bien. (la ayudo y la acomodo en la silla). Abrí la ventana (lo hago). Más (abro más). Toda (parece estar pendiente de que si o si sea toda la ventana).

Analista: ¿Qué tenes ganas de hacer?

Ana: Nada.

Analista: ¿Tenes ganas de salir al patio?

Ana: (después de un silencio prolongado) quiero acostarme.

Analista: primero tenes que cenar (le explico). ¿Cómo estás del oído?

Ana: Tapado.

(Silencio prolongado)

Analista: ¿mejoró la comida?

Ana: No, un asco.

(en ese momento ingresa una compañera de cuarto que es traída en silla de ruedas y con una contención por el enfermero. Habla sola y parece que quiere salir de la silla, pero no lo puede hacer por la contención.)

Ana: no le saco la contención.

Analista: no te preocupes que está bien. (Ana no deja de mirarla y parece angustiarse por esa situación)

¿Qué te preocupa?

Ana: porque le puede molestar.

Analista: ¿y porque te preocupa?

Ana: Me apreta.

Analista: traje papel y lápiz negro para que dibujemos. Tenes ganas?

Ana: No.

Analista: (Comienzo a desplegar el papel y dejó el lápiz en la mesa. Ella se inclina hacia ella; lo toma débilmente. Sin darle una consigna, decide esbozar un dibujo de una figura humana. Se queja: "sale horrible". Luego toma otra hoja y dibuja una casa y un árbol hasta que lo deja. Toma otra hoja y dibuja libremente una

figura humana y espontáneamente sin mediar palabra intenta escribir su nombre. Luego suelta todo y se queja que no le gusta nada.)

¿Qué es eso?

Ana: una mujer

Analista: ¿quién es?

Ana: (Silencio)

Analista: ¿quieres dibujar tu casa?

Ana: (comienza a dibujar una casa con un árbol espontáneamente)

Analista: ¿Tenías un árbol en tu casa?

Ana: (silencio) No quiero dibujar más.

Entrevista 7

Analista: ¿qué comiste hoy?

Ana: Polenta.

Analista: ¿Estaba rica?

Ana: un asco.

(se moviliza para tomar agua. Se atraganta. Tose.) Se nota desmotivada y no logro que hable.

Analista: ¿Estás angustiada?

Ana: (Silencio y perplejidad).

Analista: ¿Vino el psiquiatra a verte?

Ana: no.

(luego de un largo silencio)

¿Cuál es el nombre?

Analista: ¿de quién?

Ana: de Gomez (Aquí decido preservar la identidad y cambio el nombre y apellido del psiquiatra tratante al que ella se refiere).

Analista: Pablo.

Ana: (silencio) Me quiero acostar.

Analista: ¿te tiene preocupada algo?

Ana: Si, la espalda. (Luego toma el agua y se atraganta; a lo que le digo que debe tomar despacio. Sigue muy pendiente de su compañera de cuarto) "Se durmió"

Analista: (silencio)

Ana: la tiene que acostar.

Entrevista 8

Analista: ¿Cómo estás Ana?

Ana: Llena.

Analista: ¿Por qué?

Ana: por la comida.

(silencio prolongado)

Analista: ¿te gusta jugar?

Ana: No.

Analista: Pero Valeria me contó que jugaste con ella. (La psicóloga tratante)

Ana: Si.

Analista: ¿qué juego te gusta?

Ana: Ludomatic

Analista: Uy... ese juego es de cuando era chico. Hace mucho que no lo juego.

¿Si lo traigo, jugas conmigo?

Ana: (mira perpleja) Si.

Entrevista 9

Analista: ¿Cómo estás?

Ana: Llena.

Analista: ¿Por qué?

Ana: porque no voy al baño.

Analista: pero no te llevan las enfermeras...

Ana: Necesito algo más fuerte. Un laxante.

(silencio prolongado)

Analista: ¿Cómo te fue en kinesiología?

Ana: Bien. Me pararon. Me dolió mucho.

Analista: y ahora, ¿te sentís mejor?

Ana: ¡No! No siento ninguna mejoría. (parece preocupada por su compañera de cuarto) Tengo miedo que se caiga.

Analista: tenemos algo pendiente vos y yo, ¿No?

Ana: (mira perpleja)

Analista: ¡el juego! Ya tengo el Ludomatic. Queres jugar?

Ana: No.

(se la nota más alegre y con ganas de hablar. Toma vorazmente hasta atragantarse.)

Analista: Ya te dije que debías tomar más despacio.

(Silencio prolongado. Aparece una mosca que no deja de molestarla.)

¡Parece que la tiene con vos esa mosca!

Ana: debo ser muy dulce.

Analista: ¿Cómo está tu suegra?

Ana: mal.

Analista: ¿resiste parece no?

Ana: es más mala esa.

Analista: ¿qué te hizo?

Ana: Tenía un departamento en Mar del Plata que no quiere dar. Trataba mal al marido. Lo ignoraba.

Analista: ¿uhhh y vos lo querías a tu suegro?

Ana: ¡Si!!!

(Silencio)

Conmigo se enojó. Mis hijos tampoco los quería ver.

Analista: ¿y porque se enojó con vos?

Ana: por estupideces.

(silencio prolongado)

Analista: ¿cómo está tu mamá?

Ana: mi mamá está postrada. Se quedó Diana con ella.

Analista: ¿tu hermana?

Ana: la mayor. La menor se puso de novia y no se la vio más. Era tremenda... para el día de la madre un ramito de flores nada más.

Analista: ¿quién?

Ana: Jessica.

Analista: ¿tu hija?

Ana: Sí. (aquí produce un salto generacional. Su hija menor con su hermana menor)

Analista: ¿Tu hija Jessica es la que está de novia no?

Ana: Sí.

Analista: ¿conoces a su novio?

Ana: no quiere saber nada. (succiona frenéticamente el recipiente con agua que ya no tiene. Succiona aire. Al rato dice: "no sale nada"). Se la acomodo. Toma nuevamente hasta atragantarse.

Llega la cena y la veo comer. Lo hace vorazmente. Come con babero. Se llena la boca y se le cae la comida. Se babea. Luego de que come todo.

Analista: ¿qué tal estuvo la comida?

Ana: buena.

Entrevista 10

Analista: ¿tenes ganas de hacer algo?

Ana: No.

Analista: ¿quieres jugar?

Ana: No.

Analista: justo yo traje el juego... (lo saco de su caja. Lo despliego sobre su mesa de cenar. Le muestro las fichas y parece interesarse. Las agarra y hace el esfuerzo de colocarlas en los agujeros para tal fin, sin éxito. La ayudo. No tiene fuerzas.)

Comenzamos a jugar. Ella no habla. Está atenta al juego. Comprende las reglas que le explico. Le informo que en este juego las fichas se pueden comer, pero le digo que en esta primera vez no vamos a utilizar esa posibilidad. El juego continúa y ella gana justamente. No tiene fuerza para mover las fichas ni para presionar el dado.

Cuando gana, yo le festejo y ella permanece perpleja y desafectivizada.

Entrevista 11

Analista: ¿Cómo estás hoy?

Ana: (Silencio)

Analista: ¿tenes ganas de hacer algo hoy?

Ana: No.

Analista: traje el juego eh...
Ana: Si estuviera Jenny me gusta
Analista: ¿jugar con ella? las dos?
Ana: No, los tres. (Toma el recipiente con agua y toma).
Analista: ¡Ah! bueno esperemos que llegue entonces.
(Silencio prolongado)
¿Jugabas de chica vos?
Ana: Jugaba a los 10 años.
Analista: ¿Con quién?
Ana: mis hermanas.
(Silencio prolongado)
Analista: ¿en qué piensas?
Ana: (silencio)
Analista: ¿Tenes ganas de irte?
Ana: SI! Me hice pis encima.

Entrevista 12

Analista: ¿Cómo estás?
Ana: Mal.
Analista: ¿Por qué?
Ana: me pusieron gotas en los ojos y la nariz y me arden.
Analista: No te preocupes que pasa rápido eso. ¿Qué hiciste hoy?
Ana: comí. Dormí siesta. Hice ejercicios. (noto que el cuerpo hoy está muy inquieto. Se balancea. Quiere sonarse la nariz y hace los movimientos, pero no la fuerza nasal. Tampoco puede limpiarse con un pañuelo. Hace los movimientos repetidamente durante la entrevista.)
Analista: ¿Qué comiste hoy? estaba rica?
Ana: un asco. Pasticho de verdura con zanahoria
Analista: ¿estaba feo?
Ana: Si.
Analista: ¿la comiste igual?
Ana: Si. (continúa sonándose la nariz)
(Silencio prolongado)
Analista: Está lindo el día. Queres salir?
Ana: tengo ganas de hacer caca.
(Silencio)
Analista: ¿Ana, recordas que hacías antes de la pandemia?
Ana: Estaba en mi casa.
Analista: ¿trabajabas?
Ana: No.
(Silencio)
Me quiero acostar.
Analista: ¿Recordas porque te internaron?
Ana: no me acuerdo.

Analista: por ahí leí que pesabas 34 kg. porque?

Ana: no comía.

Analista: ¿Por qué?

Ana: (Silencio y perplejidad)

(Silencio prolongado)

Analista: ¿Qué piensas?

Ana: en nada. ¿Por qué tarda Jenny? (su hija que está por llegar)

Analista: debe estar viniendo. ¿Sabes que estuve pensando si te gustaría dibujar otra vez? La próxima puedo traer papel y lápiz y dibujamos juntos, ¿te parece?

Ana: Si.

Analista: ¿te gusta dibujar con colores?

Ana: No. (movimiento de vaivén)

Analista: ¿te duele algo?

Ana: la panza.

Analista: ¿qué raro... y por qué?

Ana: porque no voy de cuerpo. Me tienen que dar Enemol.

(Silencio)

Analista: Me dijo Jenny que coleccionas duendes.

Ana: Si.

Analista: ¿crees en los duendes?

Ana: NAAA!!!

(en ese momento arriba su hija Jennifer de visita. Durante la charla; en la medida que Jennifer le pregunta cosas de su vida; Ana se silencia más. Jenny me cuenta que se animó a ver su madre recientemente ya que desde el año 2015 en que ella dejó la casa familiar para irse a vivir con un novio; su madre se enojó y le dijo: “estás muerta para mí”).

Logro reconstruir algo de la historia de Ana. Jenny me cuenta que al inicio de la pandemia Ana comenzó a quejarse de “problemas intestinales”. Se automedicaba con laxantes que tomaba en forma descontrolada y empezó a no comer. No obstante, Jenny me cuenta que su madre siempre fue muy estricta con la cantidad de calorías que ingiere regularmente. Y les impone a sus hijos la misma condición. Se quejaba de estar llena, que le molestaba el alimento y que debía ir al baño continuamente. Ella tenía un “menú especial” : pollo, fruta, yogur y leche nada más.

Ya desde muy joven, al finalizar la carrera de nutricionista, dejó de cenar. Jennifer me cuenta que su madre siempre fue muy “nerviosa”. Por ello, tomaba píldoras para dormir. Hacía ejercicios constantes. Una hora al día de abdominales. También me refiere que le gustaba coleccionar esmaltes de uñas y que tiene muchos en su casa.

Me cuenta que, en una oportunidad, salió de su departamento y fue a decirle al portero que su familia la tenía secuestrada. Me lo relata como algo risueño.

Al escuchar el relato, Ana se queda en silencio)

Ana: Me quiero acostar.

Jennifer: ya viene la comida, ma.

Ana come vorazmente el alimento hasta atragantarse luego de la charla que mantuve con su hija.

Entrevista 13

Analista: ¿Cómo estás hoy Ana?

Ana: Mal. Tengo mucha sed.

Analista: ¿estás durmiendo bien?

Ana: si.

(silencio prolongado)

Analista: ¿cómo te tratan los médicos?

Ana: no me dan bola.

Analista: ¿por qué?

Ana: les digo que no voy de cuerpo y no me creen.

Analista: ¿no vas de cuerpo? y por qué?

Ana: No. Falta fibra.

Analista: ¿tenes ganas de jugar hoy?

Ana: No.

Comienzo a desplegar el juego sobre la mesa y se acomoda y comienza a ordenar las fichas. Le comento que ahora vamos a jugar con la posibilidad de comer fichas. Le pregunto: “vas a comerme” risueñamente. ¡Ella se enoja y dice NO! Luego en el juego al llegar el momento de comerme una de sus fichas, no demuestra afectación. Cuando ella tiene la posibilidad de comerme las mías, lo evita y mueve otra ficha. El juego es desafectivizado.

Analista: ¿Coleccionabas esmaltes de uñas?

Ana: Si.

Analista: ¿porque te gustaban?

Ana: No sé.

Toma agua del recipiente que no le gusta. Quiere su “Levite”. Arriba su hija Jenny y le pregunta: “Levite me trajiste”

La hija luego de una charla leve, comienza a cantarle (¿?) como si fuera un bebe. Hasta que Ana insiste con la Levite que según ella no había. Toma agua. Se atraganta. Parece hacer que tose.

Jennifer: antes comía banana y ahora no quiere.

(luego de un silencio) Queres preguntarle algo a Leandro?

Ana: ¿Cuándo vuelve a venir?

Jennifer me cuenta que ella quería que estuvieran todos juntos viviendo siempre y que cuando ella vino con un novio, diciendo que se iba a vivir con él (tenía 30 años) su madre se enojó mucho y le dijo: “para mi estas muerta” y no se hablaron por 5 años.

Entrevista 14

Ana: No puedo hacer caca
Analista: ¿hace cuánto?
Ana: Hace mucho.
(Silencio prolongado)
Analista: ¿estuviste internada antes?
Ana: en la Providencia estuve mucho tiempo.
Analista: ¿Y porque estuviste ahí?
Ana: No me acuerdo. Tuve muchas internaciones.
Analista: ¿Y cuando eras chica tuviste algo?
Ana: Constipación desde siempre
Analista: ¿Y tú mamá que hacía?
Ana: Me hacía enemas.
(Silencio prolongado)
Analista: ¿había alguna comida que no te gustaba?
Ana: No me acuerdo (Toma agua vorazmente hasta atragantarse y tose con fuerza)
Analista: ¿Usabas muchos medicamentos?
Ana: usaba gotas para la nariz. Mis hijos y marido no me las querían dar. Las usaba para destapar la nariz.
(Silencio prolongado)
Ana: me siento mal.
Analista: ¿por qué?
Ana: me duele la espalda
(silencio)
Analista: ¿Tus hijas te vienen a visitar?
Ana: Viene Jennifer. La otra está en pareja y no se la ve.
Analista: ¿miras tele?
Ana: el canal de música y un programa de cocina a la madrugada.

Entrevista 15

Analista: ¿Cómo estás Ana?
Ana: tengo ansiedad
Analista: ¿Porque decís ansiedad?
Ana: ganas de hacer algo
Analista: ¿Cómo qué?
Ana: Comer.
Analista: ¿Quieres que dibujemos?
Ana: No.

Entrevista 15

Al ingresar hoy, Ana me increpó directamente, sin mediar saludo.
Ana: Vino una amiga a verme. Liliana de la primaria.
Analista: ¡Qué bien! ¿Sabías que venía?
Ana: Me sorprendió.
Analista: ¿y de qué hablaron?

Ana: cosas de la casa.

(silencio)

Analista: ¿Te puso contenta?

Ana: Si.

(silencio)

Analista: ¿tu compañera de cuarto se fue?

Ana: Si.

Analista: ¿y te gusta estar más acompañada o sola?

Ana: acompañada.

Analista: ¿Y cómo estas hoy?

Ana: Cansada.

Analista: ¿Por qué?

Ana: de todo esto.

(Silencio prolongado)

¿Cuándo es el último partido?

Analista: creo que el domingo.

Luego de un silencio, Ana comienza a relatar acerca de su amiga voluntariamente.

Ana: tiene un gato y una tortuga.

(silencio)

(Silencio prolongado)

Analista: ¿Quieres dibujar?

Ana: No.

Analista: ¿y tu amiga, va a volver?

Ana: que en cualquier momento vuelve.

Analista: coleccionas esmaltes de uñas me dijo Jenny...

Ana: si.

Analista: ¿Cuántos tenes?

Ana: 30 esmaltes.

Analista: un montón.

(Silencio)

Ana, yo ya estoy terminando mi trabajo acá con vos y en breve, ya nos veremos una vez más y listo.

(Silencio y perplejidad)

Entrevista 16 (última entrevista)

Analista: ¿cómo andas?

Ana: Más o menos. Me molesta esto (señalando una faja que la sostiene a la silla).

Analista: Bueno, ¿le dijiste al enfermero?

(silencio)

¡Veo que cumpliste años! (hay un cartel que le pusieron los enfermeros)

Ana: Sí el 19. Cumplí 65

Analista: ¿vino alguien a verte?

Ana: mis hermanas.

Analista: ¡AHhh mira! ¿Y cómo la pasaron?

Ana: Bien.

Analista: ¿te gusta que vengan?

Ana: Si.

Analista: ¿de qué hablaron?

Ana: de nada.

Analista: ¿Te contaron de tus papás?

Ana: que están mal. Les salió un edema en las piernas (me cuesta entender lo que dice. Le cuesta modular)

Analista: veo que tenes una almohada para sostener la cabeza. ¿Quién te la puso?

Ana: (Silencio y perplejidad)

Comienza a succionar agua hasta atragantarse. Hace como una tos que no parece real. Forzada.

Analista: ¿te atragantaste?

Ana: Si.

(Silencio)

Analista: ¿Tenias ganas de hacer algo por tu cumple?

Ana: No.

Analista: pero te vinieron a visitar...

Ana: sorpresa de ellos.

Analista: ¿tenes ganas de irte?

Ana: sí.

(Silencio)

Cambio de pañal necesito.

Toma de vuelta y hace como que se atraganta. Hace fuerza para toser.

Analista: ¿No quieres salir al patio?

Ana: Si quieres llevame.

Analista: No creo que pueda hacerlo sin autorización de los enfermeros. ¿Le pediste a tus hijos?

(Silencio)

Bueno Ana, hoy estamos terminando el trabajo entre nosotros. Voy a hablar con tu hija para decirle que cualquier cosa que necesiten cuenten conmigo. Me encanto conocerte y que me permitas trabajar con vos.

(silencio. Y me quita la mirada. Comienza a mirar para un costado opuesto a donde estoy)

Ana: como tarda Jenny (y toma y vuelve a toser con fuerza. Pareciera que quiere sacarse algo de la garganta)

Cuando me estoy yendo y le hablo, tose encima de mis palabras. No me mira. No quiere escucharme. La saludo y me retiro.